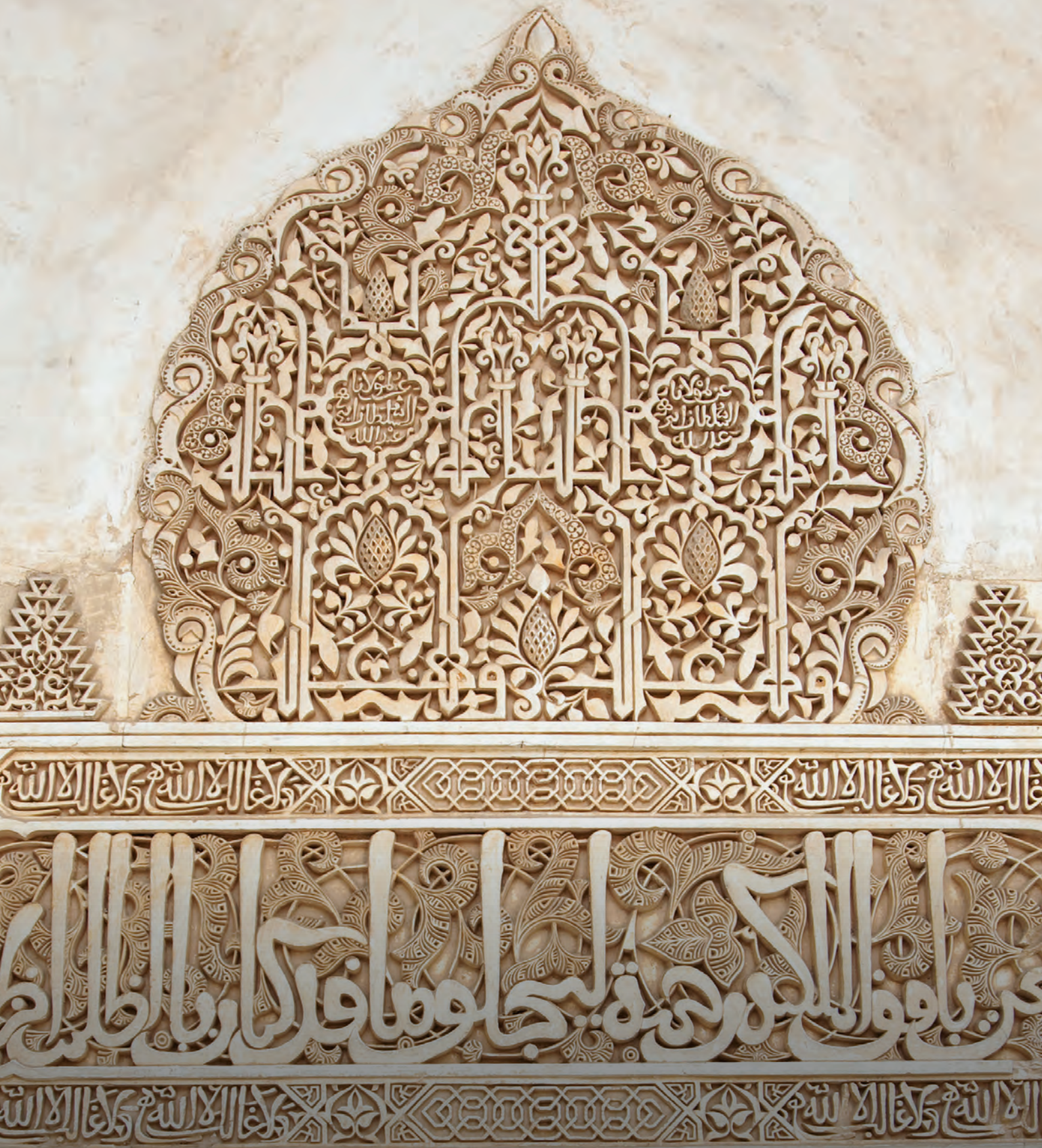


Casos Clínicos y Maniobras Quirúrgicas de interés



CC01

OFTALMOPLEJÍA COMPLETA COMO DEBUT DE MIASTENIA GRAVIS EN PACIENTE CON ORBITOPATÍA DE GRAVES

Laura CABREJAS MARTÍNEZ, Elena QUIROGA CANEIRO, Andrea Lorena GUIJARRO ALAÑA, Miguel Ángel ALONSO PERALTA

Introducción: La miastenia gravis afecta a los músculos esqueléticos pudiendo producir alteraciones en la motilidad ocular extrínseca. Hasta un 50% de casos debuta con afectación ocular. Puede asociarse a otros trastornos autoinmunes como la enfermedad tiroidea causante a su vez de alteraciones en la motilidad ocular que puede dificultar el diagnóstico.

Caso Clínico: Varón de 78 años con antecedente de miopía magna y exoftalmos bilateral axial en contexto de orbitopatía de Graves (OG) consulta por cuadro de diplopía binocular vertical intermitente de reciente aparición. Inicialmente la motilidad ocular extrínseca está conservada pero rápidamente desarrolla una oftalmoplejía completa de ojo derecho sin otra clínica acompañante. La motilidad ocular intrínseca está conservada y el resto de exploración oftalmológica no muestra hallazgos relevantes. En la resonancia magnética (repetida en 2 ocasiones) se evidencia una hipertrofia de grasa intraconal y miositis aguda de recto inferior con respeto de inserciones compatible con OG que fue tratada con corticoides sin mejoría. En las visitas sucesivas el paciente desarrolla una parálisis facial periférica y se evidencia una ptosis palpebral derecha con dificultad en la apertura. Al ampliar analítica y estudio sistémico se diagnosticó de Miastenia Gravis con anticuerpos antirreceptor de la acetilcolina (ARA) positivos. Se inició tratamiento con Piridostigmina con una rápida mejoría de los síntomas y resolución completa de la oftalmoparesia.

Conclusiones: La presencia de alteraciones de la motilidad ocular no justificadas por los hallazgos radiológicos obligan a realizar un estudio analítico, electrofisiológico y sistémico completo para descartar patologías como la miastenia gravis que se asocian frecuentemente a otras enfermedades autoinmunes.

CC02

CONSECUENCIAS NEUROFTALMOLÓGICAS DE UNA ENCEFALITIS AGUDA POR INFLUENZA A EN UN NIÑO GENÉTICAMENTE PREDISPUUESTO

Catarina XAVIER, Miguel BONCQUET VIEIRA, Cristina FERREIRA, Joana FERREIRA

Introducción: La encefalopatía necrotizante aguda (ENA) es una enfermedad rara y corresponde a una encefalopatía rápidamente progresiva inducida por una infección viral. A menudo se asocia a una mutación del gen RAN-binding protein 2 (RANBP2), con transmisión autosómica dominante, siendo esta forma denominada ENA1. En este trabajo presentamos un caso clínico de ENA1 en un paciente con mutación RANBP2 con secuelas a nivel neuroftalmológico.

Caso clínico: Niño de 5 años que acude al Servicio de Urgencia con un cuadro clínico de fiebre (39°C 6/6h), tos y congestión nasal de 3 días de evolución, agravado con somnolencia y postración al tercer día, presentando además rigidez de cuello. Por la gravedad del cuadro clínico quedó ingresado, con posible diagnóstico de meningoencefalitis. Los exámenes complementarios de diagnóstico demostraron una positividad para el virus de la gripe A (PCR de las secreciones nasales). La RM evidenciaba aspectos compatibles con encefalitis/encefalopatía necrotizante aguda. A la observación oftalmológica durante el ingreso no fue posible cuantificar la agudeza visual y no se encontraron cambios agudos en la fundoscopia. Se administró oseltamivir y corticoterapia intravenosa seguida de oral, con mejoría posterior del cuadro clínico y siendo dado de alta al día 16. En el seguimiento en ambulatorio se le detectó una mutación en el gen RANBP2 y, al nivel oftalmológico, constricción periférica bilateral en la campimetría y disminución muy significativa de la capa de fibras nerviosas de ambos nervios ópticos. Estos cambios de atrofia óptica bilateral se mantuvieron estables a lo largo de 2 años.

Conclusión: Este caso contribuye al enriquecimiento de la literatura neuroftalmológica y expande el espectro de secuelas de esta entidad rara en la población caucásica.

CC03

CAPACIDAD DE LA OCT SWEPT-SOURCE PARA DETECTAR CAMBIOS EN LA RETINA EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR

Alicia GAVIN SANCHO, María SATUÉ PALACIÁN, Marta CIPRÉS ALASTUEY, Elena GARCÍA MARTÍN

Introducción: Evaluamos la capacidad de la tomografía de coherencia óptica de dominio Swept-source (SS-OCT) para detectar cambios en la retina de pacientes con trastorno bipolar (TB).

Casos: 23 pacientes con TB y 23 controles fueron evaluados mediante SS-OCT Triton. Se analizó el espesor completo de la retina, la capa de células ganglionares (CCG), la capa de fibras nerviosas de la retina (CFNR) y el espesor coroideo mediante el software de segmentación automatizada. Los pacientes con TB presentaron un adelgazamiento significativo del espesor total macular central ($p=0,049$), temporal interno ($p=0,045$), nasal interno ($p=0,016$) e inferior interno ($p=0,016$) de las áreas ETDRS. La CCG macular estaba reducida en los pacientes en comparación con los controles (promedio, $p=0,020$; superior, $p=0,009$; superonasal $p=0,009$; inferonasal, $p=0,003$ e inferior, $p=0,009$). Se observó una reducción en el espesor total de la retina peripapilar (media, $p<0,001$; superotemporal, $p<0,001$; superonasal, $p=0,003$; nasal, $p=0,005$ e inferotemporal, $p=0,033$), en la CCG (nasal, $p=0,025$) y en la CFNR (media, $p=0,002$; superotemporal, $p<0,001$ y superonasal, $p=0,045$) en comparación con los controles. No se observaron diferencias significativas en la medida del espesor coroideo entre ambos grupos.

Conclusiones: El TB produce un adelgazamiento significativo del espesor total de la retina y de la CCG en el área macular, así como una reducción del espesor de la CFNR y la CCG peripapilar. El análisis de las subcapas de la retina con SS-OCT puede ser un marcador útil para mostrar la degeneración y monitorizar la progresión de la enfermedad en pacientes con TB.

CC04

NEUROPATÍA ÓPTICA ISQUÉMICA POSTERIOR EN CONTEXTO DE ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO

Isabel GESÉ BORDILS, Ana M.^a ÁLVAREZ GÓMEZ, Miguel Ángel ALONSO PERALTA, Paloma VALLÉS RODRÍGUEZ

Introducción: La Neuropatía óptica isquémica posterior (NOIP) es un trastorno poco frecuente, que se produce por isquemia de la porción retrolaminar del nervio óptico irrigada por el plexo capilar pial, procedente de la arteria oftálmica. Se ha descrito en diferentes trastornos autoinmunes.

Caso clínico: Mujer de 47 años, natural de China, diagnosticada de Enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC), que acude al servicio de urgencias por disminución de visión brusca e indolora en ojo derecho (OD), sin otra sintomatología. La paciente comenta que había abandonado la medicación pautaada por reumatología (metotrexato) desde hacía 6 meses.

A la exploración presenta agudeza visual (AV) en OD de cuenta dedos (CD) a 10 centímetros (cm) y en ojo izquierdo (OI) de 0.9; Defecto Pupilar Aferente Relativo (DPAR) en OD; Campimetría visual (CV) 30-2 OD abolido. Fundoscopia (FO), Tomografía Coherencia Óptica (OCT) papilar, reactantes de fase aguda, Tomografía axial computarizada (TC) de cerebro y órbitas sin alteraciones.

Ante la sospecha de Neuritis retrobulbar autoinmune se decide ingreso con 3 megadosis de metilprednisolona. Se realizaron eco doppler de arterias temporales y angioresonancia cerebral que fueron normales. A los 10 días y sin mejoría de la AV, se da alta con corticoides y ciclofosfamida.

A los dos meses presenta AV OD de CD a 50cm; DPAR OD; atrofia óptica y arteriolas en hilo de cobre en FO; OCT papilar OD atrofia de capa de fibras nerviosas y CV persiste abolido. Ante la falta de respuesta al tratamiento, clínica (súbito, indoloro) y pruebas complementarias, se sospecha mecanismo isquémico y se recataloga de NOIP.

Conclusiones: Ante la afectación de nervio óptico en contexto de enfermedad reumatológica como la EMTC, se debe pensar en neuritis retrobulbar autoinmune así como en neuropatía óptica isquémica, tanto variante anterior como posterior. Es importante confirmar en la anamnesis la correcta adhesión al tratamiento inmunosupresor sistémico.

CC05

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL EDEMA DE PAPILA EN EL SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO EN EDAD PEDIÁTRICA

Assumpció GORRO MIRÓ, Irene GREGORI GISBERT, Enara ETXABE AGIRRE, Francisco RAMOS MARTÍ

Introducción: El edema de papila en edad pediátrica tiene un diagnóstico diferencial amplio. Una de las causas es el síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS), caracterizado por apneas o hipopneas durante el sueño que causan hipoxia, ronquidos y somnolencia diurna con frecuencia. Las manifestaciones oftalmológicas del SAHS pueden ser defectos de campo visual, neuropatía óptica isquémica, glaucoma y edema de papila.

Caso clínico: Niño de 8 años derivado por leve visión borrosa intermitente desde hace 2-3 semanas sin otra sintomatología acompañante. Como antecedentes de interés presenta rinitis alérgica, SAHS grado moderado diagnosticado mediante polisomnografía y sobrepeso. Fue intervenido de amigdalectomía bilateral a los 5 años. Presenta una agudeza visual de 1 en ambos ojos y en el fondo de ojo se observa un edema de papila del ojo derecho unilateral sin hemorragias ni otros hallazgos patológicos. En la tomografía de coherencia óptica presenta una sobreelevación bien definida de la papila. Tras estudios analíticos y de imagen (RMN) se descarta infección, lesión ocupante de espacio, hidrocefalia y lesiones desmielinizantes. La presión intracraneal está dentro de los límites normales (15 cm H₂O). Presenta un campo visual normal y en la ecografía ocular modo A/B presenta una lesión hiperecogénica en cabeza del nervio óptico derecho que podría corresponder a drusas papilares.

Conclusión: El edema de papila en el contexto de un paciente pediátrico con SAHS y drusas papilares es una entidad de difícil diagnóstico que requiere un seguimiento a medio-largo plazo para el diagnóstico de certeza. La alteración papilar podría ser debida a un edema de papila verdadero por una neuritis óptica isquémica anterior (NOIA) o un edema de papila por aumentos intermitentes de presión intracraneal durante el sueño debido al SAHS, o bien ser un pseudopapiledema debido a las drusas papilares –que también podrían tener relación causal con una NOIA.

CC06

ESTRATEGIA 10-2 EN LAS LESIONES ISQUÉMICAS OCCIPITALES

Samira KETABI SHADVAR, Consuelo GUTIÉRREZ ORTIZ, Sara RODRIGO REY,
Noelia RUBIO ÁLVAREZ

Introducción: Se presenta el caso clínico de una mujer que relata escotomas centrales y que no se apreciaron con claridad en la campimetría 24-2.

Caso clínico: Mujer de 37 años fumadora, con antecedentes de aura migrañosa. Es valorada en Oftalmología por un nuevo episodio de migraña y visión de escotomas bilaterales centrales diferentes a sus auras previas. La exploración oftalmológica fue normal. En el campo visual 24-2(CV) se observó una leve disminución de la sensibilidad en 1 punto central bilateral, fluctuante en los campos repetidos. Se realizó un CV 10-2 donde se apreció un escotoma central hemianópico.

Las pruebas de imagen mostraron lesiones isquémicas en cerebelo, corteza occipital bilateral, ganglios basales y cuerpo calloso. El resto de pruebas complementarias: estudio inmunológico, hematológico, del líquido cefalorraquídeo, autoinmune y serológico fueron normales. Sí se descubrió un foramen oval permeable.

Conclusiones: La representación foveal se localiza en el polo occipital, por lo que una lesión a ese nivel ocasiona un escotoma central hemianópico congruente que a veces pasa desapercibido con la estrategia 24-2, por lo que ante una sospecha clínica de lesión occipital es útil realizar un CV 10-2 que nos amplificará el defecto campimétrico. En nuestro caso una hipoperfusión sistémica habría ocasionado un infarto en áreas «watershed» de irrigación.

CC07

MYCOPLASMA COMO SIMULADOR ESCLEROSIS MÚLTIPLE LIKE, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Mercedes MOLERO SENOSIAÍN, Blanca DOMINGO GORDO, Irene CAMACHO BOSCA

Objetivo: Describir y llamar la atención sobre dos cuadros clínicos neurooftalmológicos en niños, por una infección sistémica por *Mycoplasma Pneumoniae*.

Casos: Se presentan los casos clínicos de dos niñas de 14 y 12 años que acudieron a urgencias por dos cuadros distintos de síntomas oftalmológicos y neurológicos: la primera por un cuadro similar a una oftalmoplejia internuclear (diplopía con la dextroversión y parálisis oculomotora) y la segunda por pérdida de visión y cefalea. No presentaban otra focalidad neurológica. Se solicitó resonancia magnética (RMN) evidenciándose placas hiperreflectivas en ambos casos, muy sugerentes de cuadro desmielinizante. Al mes de evolución, los síntomas neurooftalmológicos se resolvieron y las RMNs de control resultaron sorprendentemente normales.

Discusión: *M. Pneumoniae* causa el 5-10% de infecciones del sistema nervioso central, según algunas fuentes. Se han descrito cuadros de mielitis y encefalitis (más grave y con más secuelas). El diagnóstico se hace por IgM en serología (aunque el gold standard es la PCR). Es importante pensar en esta posible etiología ante casos sugerentes de enfermedad desmielinizante de cara al pronóstico, priorizando el protocolo de sospecha de éstas, por su gravedad. Existe controversia sobre el papel de los antibióticos (pues su beneficio no ha sido demostrado en estudios controlados) y si se atribuyese un mecanismo autoinmune, se valora el papel de los corticoides.

Conclusión: *M. pneumoniae* existe en nuestro medio y es poco diagnosticado. Debe formar parte del enfoque diagnóstico en afectaciones neurooftalmológicas agudas o subagudas en niños.

CC08

DÉFICIT DE VITAMINA D Y NEUROPATÍA ÓPTICA

Silvia PAGÁN CARRASCO, Juan Antonio LIBERAL BEJARANO, Paula MAQUEDA GONZÁLEZ,
M.^a Jesús MÉNDEZ RAMOS

Introducción: Aunque las vitaminas juegan un papel importante en la salud, y su deficiencia puede estar vinculada a síntomas de la disfunción del nervio óptico, la asociación entre los niveles séricos de vitamina D y algunos tipos de neuropatía óptica sigue siendo controvertida.

Casos clínicos: Presentamos 13 pacientes con déficit de vitamina D a los que se realiza un estudio oftalmológico detallado con el fin de establecer si puede existir asociación con una posible neuropatía óptica secundaria al déficit. Para ello, se realiza análisis de niveles séricos de 25-OH-vitamina D, agudeza visual, presión intraocular y tomografía de coherencia óptica. Además, algunos de ellos recibieron suplementación de vitamina D vía oral y fueron nuevamente evaluados mediante examen oftalmológico tras el tratamiento.

Conclusión: En general, parece encontrarse cierta relación entre niveles bajos de vitamina D, neuritis óptica y aumento de grosor de la capa de fibras nerviosas de la retina. Además en aquellos pacientes en los que se lleva a cabo una suplementación con vitamina D, se aprecia disminución en la capa de fibras nerviosas de la retina. Aunque serían necesarios más estudios para poder obtener resultados relevantes desde el punto de vista estadístico.

CC09

ESPASMO DE LA ACOMODACIÓN UNILATERAL PROBABLE: ¿CAUSA O CONSECUENCIA?

Gustavo ALAN PEINADO, Pilar MERINO SANZ, Pilar GÓMEZ DE LIAÑO SÁNCHEZ, Irene del CERRO PÉREZ

Introducción: El proceso de acomodación es un mecanismo que involucra un cambio complejo en el sistema óptico. El espasmo de acomodación es una condición rara, usualmente bilateral, que se caracteriza por una exageración de los cambios fisiológicos producidos en la acomodación, presentando pseudomiopía, miosis y convergencia. Este fenómeno puede ocurrir en miopes, hipermetropes o emétropes.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 10 años con disminución de agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD) de larga evolución. No presenta antecedentes personales ni oftalmológicos de relevancia. Tiene AV de lejos OD 0,2-0,6 (dependiendo de optotipo) OI 1 y de cerca OD 0,125 OI 0,5 y de forma característica una refracción sin cicloplejía OD -6 y OI +0,25 y con cicloplejía OD +0,5 OI +0,75. TNO dudoso, al inicio negativo y en la revisión 240", en ortotropía y sin alteraciones en ducciones y versiones. Pupilas isocóricas, reactivas a la luz, segmento anterior y posterior normal con OCT macular y papila sin alteraciones. Se realizaron estudios neurofisiológicos (potenciales evocados, electroretinograma y electroculograma) compatibles con la normalidad. Se diagnostica espasmo de la acomodación unilateral OD y se prescribe atropina 1% al día durante 3 días y se reevalúa en dos semanas presentando AV de lejos OD 0,8 OI 1 y de cerca OD 0,25 OI 0,5. El ARF sin cicloplejía muestra: OD -8,5 esfera. Fue enviada para evaluación por neuropediatría y realización de pruebas de imagen.

Conclusiones: Se describe un caso probable de espasmo de acomodación aislada unilateral en una niña sin antecedentes de relevancia. Esta patología ha sido publicada con poca frecuencia y puede estar asociada a traumatismo craneales u oculares por lo cual el diagnóstico con pruebas de imagen es obligado antes de ser considerado funcional. El tratamiento inicial suele realizarse con fármacos ciclopléjicos que en algunas publicaciones han demostrado eficacia, sin embargo no existe un tratamiento definido.

CC10

SÍNDROME DE KABUKI. MÍRALE LOS OJOS

Irene del CERRO PÉREZ, Pilar MERINO SANZ, Pilar GÓMEZ DE LIAÑO SÁNCHEZ,
Gustavo ALAN PEINADO

Introducción: El Síndrome de Kabuki es una enfermedad congénita que cuenta con cinco características cardinales: baja estatura, anormalidades esqueléticas, anormalidades dermatológicas, bajo desarrollo intelectual y una facies característica. También pueden aparecer defectos craneofaciales, oculares, orales, cardíacos y renales, entre otros. Entre los oculares destacan los defectos palpebrales, sin embargo pueden asociar también estrabismo, colobomas, y defectos de refracción.

Se han localizado dos genes causantes de la enfermedad (KMT2D y KDM6A) aunque se cree que hay muchos más.

Han sido publicadas pocas series de casos de este síndrome con afectación oftalmológica asociada.

Casos Clínicos: Se han revisado cuatro casos de niños con Síndrome de Kabuki entre 5 y 12 años vistos en la consulta de Estrabismo.

Entre los defectos encontrados se observó la presencia de obstrucción de la vía lagrimal intervenido en dos ocasiones asociado a espasmo de convergencia, estrabismo y ptosis en el primer caso.

El segundo caso fue intervenido quirúrgicamente, destaca el estrabismo provocado por atrofia de oblicuos superiores vista por resonancia magnética y atrofia e inserción anómala de los oblicuos inferiores que se descubrió de manera intraoperatoria, además asoció astigmatismo de 1 dioptría por lo que se prescribieron gafas.

El tercero presentó nistagmus en resorte, precisó inyección de TBA en ambos rectos medios por endotropía de 15° además de prescripción de gafas por hipermetropía de 3 dioptrías.

El cuarto caso se encuentra en seguimiento sin presentar patología oftalmológica.

Conclusiones: El Síndrome de Kabuki es un síndrome multiorgánico, poco conocido, que precisa el estudio y seguimiento multidisciplinar. El estudio oftalmológico es imprescindible ya que su retraso intelectual podría verse agravado por las alteraciones oftalmológicas si no se detecta precozmente, como en el caso estrabismos y defectos de graduación que podrían provocar ambliopía intratable.

CC11

LA UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN LA EDAD PEDIÁTRICA ANTE EL SUPUESTO DIAGNÓSTICO DE UN DESPRENDIMIENTO DE RETINA

Carlos CUADROS SÁNCHEZ, Sandra FERNANDO AISA, Nerea MARTÍNEZ ALDAY,
Beatriz de LUIS EGUILEOR

Introducción: El hamartoma combinado de la retina y del epitelio pigmentario retiniano (CHRRPE) es una malformación presuntamente benigna y poco frecuente que habitualmente debuta en la edad pediátrica. Se asocia a diferentes tipos de facomatosis aunque su presentación puede ser de forma aislada. Dentro de su evolución están descritas las complicaciones como las tracciones vitreoretinianas, agujeros maculares o hemovitréos. Su diagnóstico puede ser difícil debido a la ausencia de sintomatología, localización o a la difícil exploración, haciéndonos recurrir a otro tipo de pruebas antes de realizar una exploración más agresiva.

Caso clínico: Paciente de 1 año de edad sin antecedentes familiares de importancia es derivado para valorar intervención quirúrgica al ser diagnosticado bajo anestesia general de un desprendimiento de retina (DR) del ojo derecho (OD). En la nueva exploración se objetiva endotropía del ojo izquierdo (OI) con un nistagmo horizontal y en el fondo de ojo (FO) imágenes sugestivas de un DR total del OD. Se realizan pruebas complementarias encontrando en la tomografía de coherencia óptica (OCT) una tumoración hipereflectiva de las capas internas de la retina y en la ecografía ocular (ECO) imágenes compatibles con un CHRRPE.

Mediante pruebas de imagen se descarta la presencia de un DR y la asociación a una posible facomatosis. Las pruebas genéticas realizadas fueron negativas. Se realiza un seguimiento del tumor mediante OCT y agudeza visual (AV). Actualmente el paciente presenta una AV binocular de 0.3 y no presenta ningún tipo de progresión o complicación derivada del tumor.

Conclusión: Ante la sospecha de DR en un paciente pediátrico es fundamental realizar una exploración oftalmológica completa y dentro de lo posible realizar otro tipo de pruebas complementarias como una OCT o ECO que nos ayudarán a descartar otros posibles diagnósticos diferenciales, realizar un seguimiento cuantificable y descartar complicaciones derivadas de su patología.

CC12

ENDOTROPÍA CÍCLICA EN PACIENTE ADULTO TRAS AMAUROSIS DEL OJO AFECTADO

Trinidad INFANTE LEÓN, Ángela BARRAJÓN RODRÍGUEZ, Sonia LÓPEZ-ROMERO MORALEDa, Laura GARCÍA-FILOSO MORALEDa

Introducción: Presentamos el caso de una paciente adulta con endotropía cíclica; un tipo de estrabismo poco frecuente y comprendido, que se caracteriza por períodos alternantes de manifiesto estrabismo y ortotropía. Se han documentado muy pocos casos de presentación en la edad adulta, las causas no están claras y no se ha asociado a la amaurosis específicamente.

Caso clínico: Se trata de una paciente de 45 años, con antecedente de miopía magna de ambos ojos, ambliopía y amaurosis de ojo derecho secundaria a trombosis venosa hace 5 años, que consulta por endotropía de ojo derecho que aparece cada dos días, recuperando la ortoposición al cabo de uno o dos días.

A la exploración (que es variable según el día del ciclo) se constata la endotropía de ojo derecho de hasta 30° junto con limitación de la abducción. La paciente está muy incómoda estéticamente y presenta ansiedad en las horas previas a la inminente aparición de la endotropía. Se decide entonces realizar retroinserción de recto medio de ojo derecho, no desapareciendo la endotropía, pero sí la limitación de la abducción. En una segunda cirugía se realiza retroinserción de recto medio y resección de recto lateral de ojo derecho. En el post operatorio inmediato, evaluada en un día de previa ortoposición está en ligera exotropía y en día del ciclo de previa endotropía también pero aún en menor grado.

Conclusión: La endotropía cíclica, y aún más en adultos, es un cuadro de baja frecuencia y que implica un desafío a la hora del diagnóstico, exploración y manejo. Estos pacientes, y aún la nuestra, precisan un seguimiento especial pues debemos considerar los días del ciclo de su peculiar forma de estrabismo.

CC13

PÉRDIDA DE AGUDEZA VISUAL TRAS CUERPO EXTRAÑO ORGÁNICO INTRAORBITARIO SIN APARENTE LESIÓN DEL GLOBO OCULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Carlos PERÁLVAREZ CONDE, Noemí ROSELLÓ SILVESTRE, Alicia GALÁN TERRAZA, Diana Paola PINILLA FUENTES

Introducción: Los traumatismos oculares constituyen la principal causa de pérdida de agudeza visual en niños y jóvenes. Se describe el caso de cuerpo extraño (CE) intraorbitario que conllevó a la pérdida de visual sin afectación aparente del globo ocular.

Caso clínico: Niño de 6 años que acudió con parte de una rama clavada a nivel interno del párpado superior izquierdo tras sufrir caída en el campo. Inicialmente la agudeza visual del ojo izquierdo (AV OI) fue percepción de luz (PL). El TC orbitario indicó CE con extensión a órbita izquierda, a nivel medial desde superior hasta inferior y de localización extraconal, rechazando el globo ocular. Siendo las ducciones pasivas negativas, se realizó la extracción quirúrgica del CE (4 cm) sin resistencia y sin incidencias. En el postoperatorio apareció dudosa imagen rojo cereza OI. La AV se mantuvo en PL con proyección. No hubo restricciones a la movilización ocular en ningún momento. En 2 semanas se instauró DPAR y en 2 meses palidez papilar izquierda. La RMN realizada fue normal, además los potenciales evocados visuales (PEV) y electrorretinograma (ERG) indicaron moderada disminución difusa de la respuesta de los fotorreceptores. A los 9 meses apareció exotropía izquierda de 15°.

Conclusiones: La hipótesis planteada fue isquemia retiniana por síndrome compartimental orbitario. Los traumatismos orbitarios por cuerpos extraños pueden provocar pérdida de agudeza visual sin afectar directamente el globo ocular ni el resto de estructuras intraorbitarias. Tras CE extraños orgánicos se deben tener presentes posibles complicaciones tardías como abscesos, y pseudotumores orbitarios, uveítis granulomatosa y oftalmía simpática, entre otras.

CC14

PERINEURITIS ÓPTICA BILATERAL EN EL CONTEXTO DE ENFERMEDAD ORBITARIA POR IGG4

Daniel ARTIEDA GARCÍA, Luis Carlos GARCÍA GARCÍA, Sebastián YALUFF PORTILLA, Eva M.^a SALINAS MARTÍNEZ

Introducción: La enfermedad por IgG4 es una entidad de reciente interés clínico en la cual se produce una inflamación linfoplasmocitaria de uno o más órganos con desarrollo de fibrosis subsecuente.

A nivel ocular se describe como IgG4 -related ophthalmic disease (IgG4- ROD) y se caracteriza por afectación principalmente de glándula lacrimal, nervio trigémino y musculatura extraocular, siendo más infrecuente los casos descritos de afectación de nervio óptico.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 68 años que acudió a consultas de oftalmología por pérdida de agudeza visual moderada y signos uveítis en el ojo izquierdo. En los controles sucesivos la paciente acabó desarrollando una uveítis bilateral con edema de papila del nervio óptico derecho.

Tras la ampliación del estudio diagnóstico se obtuvo en la resonancia magnética orbitaria signos atribuibles a neuritis y perineuritis óptica bilateral, engrosamientos discretos de glándulas lacrimales bilaterales y musculatura extraocular.

A su vez, y siendo estudiado por parte de medicina digestiva y nefrología, se obtuvieron niveles elevados de IgG4 y biopsia renal positiva compatible con enfermedad renal de IgG4, llegando a la conclusión diagnóstico de enfermedad por IgG4 multiorgánica.

Conclusión: Este caso arroja información acerca de cómo se presenta la enfermedad por IgG4 a nivel oftalmológico y de su manejo tanto diagnóstico como terapéutico en la enfermedad por IgG4 ocular.

CC15

UN CASO DE PERINEURITIS ÓPTICA COMO MANIFESTACIÓN DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA ORBITARIA

Luis Carlos GARCÍA GARCÍA, Eva María SALINAS MARTÍNEZ, Lucía RIAL ÁLVAREZ, José Isidro BELDA SANCHÍS

Introducción: La enfermedad inflamatoria orbitaria clásicamente conocida como pseudotumor orbitario puede presentar manifestaciones clínicas muy diferentes dependiendo de las estructuras orbitarias afectadas.

Caso clínico: Paciente mujer de 52 años que acude de urgencias por dolor periorbitario y ojo rojo derecho. Se diagnostica epiescleritis en una primera visita iniciándose tratamiento oral con Ibuprofeno y tópico con acetato de prednisolona y lágrimas artificiales. En la cita de control no hay mejoría, y al reevaluar se aprecia una elevación de la papila derecha. Se realiza analítica y resonancia magnética nuclear (RMN), siendo compatible esta última con pseudotumor orbitario con afectación orbitaria intraconal y perineuritis. Se instaura tratamiento con megadosis de corticoides mejorando el dolor y una evidente mejoría de la elevación de la papila. La agudeza visual es normal (1,0), y en el campo visual y en la tomografía de coherencia óptica de capa de fibras nerviosas de la retina (OCT CFNR) se evidencia una pérdida de fibras que respeta el cuadrante temporal.

Conclusión: La perineuritis o inflamación de la vaina del nervio óptico es una manifestación poco conocida dentro de la enfermedad inflamatoria orbitaria. Reconocerla y tratarla de forma precoz y agresiva con megadosis de corticoides es fundamental para evitar el daño secundario axonal y por tanto la afectación visual residual.

CC16

NEUTROPENIA AUTOMINMUNE AGUDA CON SEPSIS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE SARCOMA GRANULOCÍTICO ORBITARIO UNILATERAL

Carlota PAZÓ JAUDENES, Alicia GALINDO FERREIRO, Hermenegildo GONZÁLEZ GARCÍA, Gerardo MARTÍNEZ GARCÍA

Introducción: La neutropenia autoinmune puede presentarse como un fenómeno aislado, en asociación con otras enfermedades autoinmunes, o como una manifestación secundaria a infecciones, drogas o malignidad (linfoma, enfermedad de Hodgkin o leucemia). Se presenta un caso de neutropenia autoinmune con sepsis por ser una forma rara de presentación de Sarcoma Granulocítico (SG).

Caso Clínico: Lactante de 6 meses que acude a urgencias por ptosis en ojo derecho (OD) de 3 días de evolución. Como antecedentes destaca un ingreso por sepsis por Escheriquia Coli 2 meses antes y hallazgo de neutropenia autoinmune. En la analítica presenta neutropenia (Neutrófilos absolutos $200/\mu\text{L}$, Valores de referencia 1100-6.600) resto sin alteraciones. La exploración oftalmológica destaca proptosis de OD con distopia inferonasal sin signos inflamatorios, en los movimientos extraoculares se observa leve limitación hacia dextrosupraducción. La RM craneo-orbitaria muestra masa sólida superoexterna de órbita derecha, extraconal, con bordes bien definidos y un coeficiente de difusión aparente (ADC) de 0,4 lo que indica alta celularidad de la lesión. Se realiza biopsia incisional de la masa orbitaria por pliegue palpebral. El diagnóstico anatomopatológico es SG. El estudio inmunohistoquímico muestra en células neoplásicas expresión de CD68, CD15 y Mieloperoxidasa. Se realiza screening de extensión y aspirado de médula ósea en la que se observa cavidad medular sustituida en un 80% por células blásticas de alto índice mitótico. Se inició tratamiento oncológico según protocolo NOPHO-DBH AML 2012. La paciente evolucionó favorablemente. La proptosis desapareció tras primer ciclo, la motilidad ocular es normal a los 3 meses postratamiento.

Conclusión: Destacamos la asociación de neutropenia autoinmune y SG orbitario como primera manifestación de leucemia mieloide aguda en lactante. En un paciente con cuadro sistémico hematológico y sepsis con masa orbitaria en RM con bajo ADC se debe pensar en SG orbitario.

CC17

TATUAJE COSMÉTICO PALPEBRAL Y RESONANCIA MAGNÉTICA: COMPLICACIÓN INESPERADA

Raquel GARCÍA SANZ, Alicia GALINDO FERREIRO, José Miguel ANGLES DEZA

Introducción: Existen múltiples causas de queratitis punteada superficial. Se presenta una asociación no descrita antes durante la realización de una resonancia magnética nuclear (RMN) en una paciente con tatuaje cosmético palpebral.

Caso clínico: Mujer de 28 años que acude al servicio de Urgencias de Oftalmología refiriendo cuadro de intenso dolor en ambos ojos con sensación de quemazón, escozor, inflamación palpebral y fotofobia mientras se le realizaba una RMN sin contraste (15 Teslas de General Electric de región pélvica). No otros antecedentes.

A la exploración oftalmológica, presenta agudeza visual (AV) con corrección de 0,8 difícil en ambos ojos y presencia de tatuaje cosmético color negro delineando el contorno periorcular, de aproximadamente 3 mm de grosor en los cuatro párpados. A la biomicroscopía (BMC) y con test de fluoresceína se observa una intensa queratitis punteada superficial de distribución difusa, más acentuada en zona inferior. Resto de exploración oftalmológica normal.

Se pauta tratamiento con pomada de gentamicina, retinol y metionina (pomada Oculos epiteliante) tres veces al día durante una semana, y lágrimas artificiales sin conservantes cinco veces al día.

Al cabo de una semana, los síntomas han mejorado pero persiste intensa fotofobia y una leve queratitis residual.

Conclusión: Son pocos los casos en la literatura en los que se encuentran efectos adversos oculares de una RMN con presencia de tatuaje cosmético periorcular, y menos aún la presencia de queratitis punteada superficial posterior a la realización de esta prueba diagnóstica.

El riesgo de efectos adversos es muy bajo, estando descritas sensación de ardor y quemaduras de primer o segundo grado en la piel de los párpados. La tinta de los tatuajes puede contener óxido de hierro, elemento ferromagnético a temperatura ambiente, que es atraído por el campo magnético de la resonancia creando una corriente que aumenta la temperatura local de la piel y pudiendo provocar quemaduras.

CC18

GORE-TEX: NUEVA ALTERNATIVA EN IMPLANTES SECUNDARIOS DE LENTE INTRAOCULAR

Amparo ORTIZ SELLER, Antonio HERNÁNDEZ PONS, Julián ZARCO BOSQUET, Lucía MARTÍNEZ-COSTA PÉREZ

Introducción: Los implantes secundarios de lentes intraoculares han sufrido numerosos avances. Cuando no existe soporte capsular adecuado, debido a una cirugía complicada, traumatismo ocular o diversas patologías, encontramos técnicas alternativas como la fijación de la lente a iris o a esclera. No existe aún consenso sobre cuál debe ser la primera elección. Una de las ventajas de las lentes suturadas a esclera es su posición, similar a la del cristalino, más alejada del ángulo camerular. La sutura más comúnmente utilizada en estos casos ha sido el Prolene® 10/0, no reabsorbible, pero que sí sufre degradación con riesgo de ruptura. Las suturas de Gore-Tex han demostrado ser más resistentes y eficaces.

Técnica quirúrgica: Presentamos una técnica quirúrgica con una sutura novedosa de Gore-Tex, que además se puede combinar con implantación de iris artificial si fuera necesario. Inicialmente, se procede a la disección conjuntival nasal y temporal. A continuación, se realizan cuatro esclerotomías (20G) una en cada sector, separadas entre sí 5 mm y a 4mm de limbo, que permitirán posteriormente el pase de las suturas; y una incisión corneal superior. Las suturas de Gore-Tex 7/0 se introducen a través de los cuatro hápticos de la lente (Akreos Adapt AO) y después por la incisión corneal, y se exteriorizan a través de cada una de las esclerotomías. Plegamos la lente con una pinza de Kellman para facilitar su introducción por la incisión, se coloca centrada, y se anudan las suturas. Con esta técnica se obtiene una fijación en la esclerótica de cuatro puntos muy estable. En el caso de la cirugía en pacientes con aniridia, el implante de iris artificial fue trepanado a medida y se suturó a la lente con sutura de Prolene 10/0 antes de introducirse.

Conclusión: Las lentes suturadas a esclera pueden ser una buena técnica para corregir la afaquia. Las suturas de Gore-Tex permiten realizar diversas técnicas, con buena estabilidad de la lente y una excelente tolerancia.

CC19

IRIDOCICLECTOMÍA EN MELANOMA DE RAÍZ DE IRIS

Clara ÁLVAREZ DE TOLEDO BELIL, Juan Pedro ÁLVAREZ DE TOLEDO ELIZALDE,
Jéssica BOTELLA GARCÍA

Introducción: El melanoma uveal es el tumor maligno primario intraocular más frecuente en adultos. El melanoma de iris o cuerpo ciliar es un tumor nodular que crece a partir de los melanocitos del estroma de iris. Su baja incidencia se atribuye a que tienden a ser pequeños de tamaño, de crecimiento lento y permanecen relativamente latentes en comparación con los tumores posteriores.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente mujer de cuarenta y nueve años de edad que refiere un nevus en el iris desde la infancia que ha aumentado de tamaño durante el último año. En la exploración con biomicroscopía se aprecia una tumoración de aspecto exofítico, multilobulada y pigmentada de 3 a 6 horas en la raíz de iris que llega a 1 mm del reborde pupilar. Realizamos una tomografía de segmento anterior y una ecografía donde se objetiva una tumoración en el ángulo de 1,89 mm de altura y 3,17 mm de base. Se decide realizar iridociclectomía por posible afectación del cuerpo ciliar más pupiloplastia. En el postoperatorio inmediato destaca una discreta hipotonía ocular, objetivando una imagen de desprendimiento coroideo plano en rodete. A los 10 días post-cirugía ya no hay evidencia de desprendimiento de coroides, la tensión intraocular se encuentra dentro de los rangos de normalidad con una exploración del segmento posterior sin alteraciones. El resultado de la anatomía patológica fue de melanoma fusocelular tipo B de iris y cuerpo ciliar con afectación focal de la esclera. Los márgenes de resección se encontraban libres de lesión. Se realizó un estudio oncológico sistémico sin alteraciones a destacar. Actualmente, a los 4 años de la cirugía no hay signos de recidiva local, diseminación intraocular o metástasis a distancia.

Conclusión: El manejo del melanoma de iris es controvertido. El mejor tratamiento para el melanoma de iris circunscrito de menos de 6 mm de diámetro es la escisión local más iridectomía, iridociclectomía si hay afectación del cuerpo ciliar.

CC20

LINFOMA DE BURKITT ESPORÁDICO COMO ENFERMEDAD ORBITARIA AISLADA

M.^a Ester LIZUAÍN ABADÍA, Ana IBÁÑEZ MUÑOZ, Beatriz JIMÉNEZ DEL RÍO,
José Luis del RÍO MAYOR

Introducción: El linfoma de Burkitt es un linfoma no Hodgkin de alto grado y crecimiento rápido, que representa del 3% al 5% de todos los linfomas. Se han descrito tres subtipos clínicos: endémico, esporádico, y asociado a inmunodeficiencia humana. La variante esporádica normalmente se presenta como una masa abdominal. La afectación orbitaria rara vez se ha objetivado.

Caso clínico: Varón de 67 años que acude al servicio de urgencias oftalmológicas por pérdida de visión y proptosis dolorosa del ojo izquierdo desde hace tres semanas. La tomografía computarizada y la resonancia magnética identifican una masa sólida de bordes bien definidos en la órbita izquierda, por lo que se somete a una orbitotomía lateral. El diagnóstico definitivo de Linfoma de Burkitt fue verificado con los estudios inmunohistoquímicos. Se realiza quimioterapia con buena respuesta clínica pero sin cambios en la agudeza visual al año de seguimiento.

Conclusión: El linfoma de Burkitt debe tenerse en cuenta en pacientes que presenten una proptosis dolorosa y disminución de la agudeza visual ya que se trata de una neoplasia de rápido crecimiento y quimiosensible, que puede conducir a una pérdida irreversible de la visión.

CC21

ADENOCARCINOMA SEBÁCEO DE PÁRPADO SUPERIOR DE GRAN TAMAÑO: CIRUGÍA ABLATIVA Y RECONSTRUCCIÓN

Laura del OLMO DÍAZ, Juan José HARO LUNA

Introducción: El carcinoma de glándulas sebáceas es un raro, pero grave, tumor palpebral, que deriva principalmente de las glándulas de Meibomio. Supone el cuarto lugar tras el ca. basocelular, el epidermoide y el melanoma, con una incidencia del 1-6% , y siendo considerado entre los más letales de los tumores de los anejos oculares. Es más frecuente en mujeres y en párpado superior.

Este tumor simula distintas afecciones palpebrales, con dos formas clínicas: nodular y diseminada. Supone un diagnóstico a veces complicado, que, una vez confirmado por histología, constituye una afección oncológica de tratamiento urgente por su grado de malignidad y mal pronóstico.

Caso clínico: Varón de 68 años tratado 1 mes antes por un chalazion en párpado superior izquierdo mediante curetaje. Acude con tumoración de gran tamaño (unos 4 cm) en dicho invadiendo por completo dicho párpado, con ulceración superficial en vértice y proliferación mucosa subtarsal, con secreciones.

TC: tumoración sólida polilobulada de unos 4 cm que capta intensamente contraste, infiltrando glándula lacrimal, contactando globo ocular sin erosión ósea.

Se realizó exenteración orbitaria ampliada a reborde óseo supero-externo, reconstrucción con colgajo temporal e injerto libre de piel. Se desestimó RT-QMT postquirúrgicas.

Finalmente el paciente rehusó nuevas cirugías para colocar implantes osteointegrados y una epíttesis implanto-retenida, por lo que se optó por una epíttesis óculo-palpebral soportada por sus gafas.

Conclusiones: Ante un paciente con una afección palpebral atípica o recurrente, siempre debemos sospechar la posible existencia de un ca. de glándulas de Meibomio.

Requiere tratamiento quirúrgico de elección, con amplio margen oncológico, y a veces asociado a RT-QMT.

Tiene mal pronóstico, requiriendo seguimiento estricto del paciente, sobre todo cuando es bilateral, es poco diferenciado y alto grado de infiltración.

CC22

INFILTRACIÓN LEUCÉMICA UNILATERAL Y CIERRE ANGULAR AGUDO COMO PRIMER SIGNO DE RECIDIVA DE LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA

Diana SILVEIRA E SILVA, Sara RAMIRES PINTO, Graça BARBAS PIRES, Isabel CONDE PRIETO

Introducción: La infiltración leucémica ocular unilateral con cierre de ángulo agudo es una complicación infrecuente de la leucemia linfooblástica aguda de células B (ALL-B). Presentamos un caso clínico de infiltración ocular leucémica como la única manifestación de recaída ALL-B.

Caso clínico: Una niña de 15 años con antecedentes de leucemia linfooblástica aguda en remisión durante 2 años y tuberculosis pulmonar tratada el año pasado, presentó enrojecimiento ocular y disminución de la agudeza visual en el ojo izquierdo (OI) con 5 días de evolución. La agudeza visual fue 20/20 en el ojo derecho (OD) y ausencia de percepción de la luz en el ojo izquierdo (OI). La biomicroscopía del OI mostró un hipopión pequeño, células de cámara anterior 4+, células vítreas 3+ y una gran masa blanca en el vítreo con hemorragia vítrea asociada en organización. En la fundoscopia OI, la masa vítrea que ocupaba la mayor parte de la cavidad vítrea y la hemorragia asociada impedían la visualización de la retina. La ecografía B-scan mostró una masa multilobulada que ocupaba prácticamente toda la cavidad vítrea con desprendimiento coroideo asociado. Cuarenta y ocho horas más tarde, desarrolló un cierre de ángulo agudo del LE con una PIO de 55 mmHg. Un análisis de citometría de flujo de la cámara anterior y el vítreo mostró células tumorales leucémicas. El examen microbiológico y la PCR para *Mycobacterium tuberculosis* fueron negativos. No se identificaron otros signos de recaída de la enfermedad después de la investigación realizada por el departamento de oncología. Se inició tratamiento de rescate de la enfermedad subyacente, con mejoría sintomática.

Conclusión: La infiltración ocular leucémica puede ser la única manifestación de recaída ALL-B. Se debe mantener un alto índice de sospecha en estos pacientes, incluso en remisión clínica. El cierre de ángulo agudo es una presentación poco frecuente que puede ocurrir en casos con infiltración intraocular extensa.

CC23

TELANGIECTASIAS YUXTAFOVEALES TIPO I: TRATAMIENTO CON TERAPIA COMBINADA

Antonio ADÁN RUIZ, Alfredo FERNÁNDEZ RUIZ, Iria LÓPEZ MESA,
M.^a Eugenia HIDALGO ESPINOSA

Introducción: La telangiectasias yuxtafoveales son una causa poco frecuente de pérdida visual en la población de mediana edad. Se caracterizan por dilatación e incompetencia de vasos que conducen a pérdida de visión progresiva, debido principalmente a edema macular.

Caso clínico: Mujer de 60 años con visión borrosa en ojo derecho (OD) de 48 horas de evolución. Mejor agudeza visual corregida (MAVC) en OD es de 0,3. Observamos normalidad de polo anterior. En fondo de ojo se observa edema macular con exudación lipídica y dilataciones irregulares en capilares a nivel de arcada temporal inferior. Realizamos OCT demostrando desprendimiento seroso de neuroepitelio con exudados y líquido intrarretiniano. En angiografía fluoresceínica (AGF) observamos una zona de telangiectasias en arcada temporal inferior con fuga de colorante en fases tardías. En la angio-OCT se evidencian microaneurismas en plexos superficial y profundo no visibles en la AGF.

Se diagnostica el caso de telangiectasias yuxtafoveales tipo I y se decide realizar tratamiento combinado con fotocoagulación láser Argón sobre las telangiectasias de arcada temporal inferior e inyecciones intravítreas de Bevacizumab.

Un mes mas tarde del tratamiento conseguimos MAVC de 0,7 en OD, la exudación lipídica macular ha disminuido. En OCT se objetiva mejoría con disminución de exudación y líquido intrarretiniano.

Pasados seis meses del tratamiento la MAVC OD es de 0,9, no encontramos exudados lipídicos en fondo de ojo. En OCT observamos algún exudado paramacular en resolución que no afecta fovea.

Conclusiones: No existe un tratamiento establecido para telangiectasias maculares tipo 1. En nuestra experiencia consideramos como mejor opción el tratamiento combinado de láser Argón para controlar la exudación de telangiectasias y Bevacizumab intravítreo para la resolución del edema macular, obteniendo la resolución completa del cuadro.

CC24

REFLOTACIÓN Y SUTURA DE LENTE INTRAOCULAR CT XTREME® DE +46 DIOPTRÍAS EN NANOFTALMOS DE 15.79 MM

Maddi ALONSO AGESTA, Jeroni NADAL REUS

Introducción: Las lentes CT Xtreme® (Carl Zeiss Meditec AG) de alta potencia, de pieza única, plegable, implantable en el saco capsular han permitido neutralizar el error refractivo, disminuyendo los riesgos quirúrgicos como mejorando la calidad de vida en pacientes con nanofthalmos. Sin embargo, imprevistos como una subluxación o luxación completa de la LIO suponen un reto en el manejo de dichos ojos con altas tasas de complicaciones.

Técnica quirúrgica: Se presenta un caso de una paciente con nanofthalmos de 15,79 mm y subluxación de la lente intraocular. Para su recolocación, se procede a completar la vitrectomía pars plana calibre 23 G. Se realiza una luxación completa de la lente a cavidad vítrea dada la fibrosis anterior y posterior que limita la identificación de los planos. Debido al escaso espacio para realizar los flaps esclerales para las suturas, se realiza diatermia a las 4, 8, 10 y 2 horas, pasando una sutura con un punto de prolene, dos suturas continuas no suturadas con aguja de 25G recta por los hápticos temporal inferior y nasal inferior, saliendo mediante un fiador a 1,5 mm esclerales a las 4 horas. Se procede a la sutura de ambos extremos con sutura de la incisión generada con aguja de 27G. Se realiza lo propio en los cuadrantes superiores atravesando el háptico temporal superior y nasal superior, suturando ambos extremos con prolene en las dos incisiones realizadas con aguja de 27G, quedando la lente fijada y centrada.

Conclusión: Si bien el desarrollo de las lente CT XTREME parecen ser más seguras para los pacientes con nanofthalmos, estos ojos se han asociado con alta tasa de complicaciones tanto intraoperatorias como postoperatorias. Siendo la reflotación y sutura de dicha lente un reto tanto por las características y los riesgos anatómicos como del propio diseño de la lente y su dimensiones desproporcionadas respecto a la longitud axial.

Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

CC25

DETECCIÓN DE FORMAS ISQUÉMICAS EN OBSTRUCCIONES VENOSAS. ANGIOGRAFÍA FLUORESCÉINICA VERSUS ANGIOGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA

Pablo ÁLVAREZ RAMOS, Antonio SEGURA ORTEGA, Claudia FRAIDIAS HIDALGO,
Claudia GARCÍA PAREJO

Propósito: Evaluar la utilidad de la angiografía por tomografía de coherencia óptica en la detección de formas isquémicas de obstrucciones venosas de la retina.

Método: Estudio prospectivo de 6 meses de duración en 9 pacientes con obstrucciones venosas retinianas, central o de rama, a los que se les realizó angiografía fluoresceínica (AF) y angiografía por tomografía de coherencia óptica (A-OCT).

Resultados: En todos los pacientes en los que se apreció isquemia retiniana mediante AF se observaron áreas de no perfusión en el análisis mediante A-OCT.

Conclusiones: En nuestra experiencia obtuvimos una buena correlación anatómica en los resultados obtenidos mediante ambas técnicas suponiendo la A-OCT una alternativa menos invasiva que la AF para el despistaje de formas isquémicas en obstrucciones venosas de la retina.

CC26

UN CASO ATÍPICO DE MACULOPATÍA IDIOPÁTICA AGUDA UNILATERAL (MIAU)

José Vicente DABAD MORENO, Lucas SANJUÁN RIERA, Jesús Ramón GARCÍA MARTÍNEZ, Armelle SCHLINCKER GIRAUD

Introducción: La maculopatía idiopática aguda unilateral (MIAU) es una enfermedad que afecta a adultos jóvenes sanos con pérdida de visión (AV) unilateral aguda y suele ir precedida de un cuadro pseudogripal. La patogenia no está clara, se relaciona con Cocksackie, e implica inflamación de retina externa, epitelio pigmentario de la retina (EPR) y coroides, con un depósito subretiniano, y puede asociar típicamente un desprendimiento neurosensorial (DNS), además de papilitis, hemorragias intrarretinianas y vitritis. Cursa hacia la recuperación espontánea en semanas o meses con buen pronóstico, y recuperación total en la mayoría de casos. La actitud debe ser la observación.

Caso clínico: Varón de 49 años acude a urgencias por disminución de AV repentina indolora en ojo izquierdo (OI) de 7 días. No otros síntomas, salvo un cuadro viral con afectación de anginas hace 2 semanas tratado con claritromicina oral.

Presenta AV OD 1 OI ½. Polo anterior normal. En el fondo de ojo, OD sin alteraciones, OI depósito amarillento subretiniano en área macular, con depósitos extramaculares numulares en nasal superior y en temporal inferior, sin vitritis.

La OCT evidencia un depósito subretiniano de un material hiperreflectivo, sin DNS, sin alteraciones en la Angio-OCT. Se realizan autofluorescencia con un patrón granulado de atrofia del EPR y depósitos, y en la angiografía una hiperfluorescencia moteada. Se solicitan serologías con resultados negativos.

Se decide observación del paciente y el seguimiento a 3 meses, con resolución casi total con una AV OI de 1 y la persistencia en el fondo de ojo de una imagen en ojo de buey macular y alteración puntiforme del EPR macular, visible en OCT con ausencia del depósito a nivel de subretiniano.

Conclusiones: La MIAU se caracteriza por una pérdida unilateral de AV y unas características comunes en el diagnóstico por imagen muy sugestivas. Es importante su identificación para evitar tratamientos innecesarios dado el buen pronóstico visual final.

CC27

RETINOPATÍA POR RADIACIÓN: CLASIFICACIÓN Y USO DE LA ANGIOGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA

Belén DOMÍNGUEZ GARCÍA, M.^a Jesús DÍAZ GRANDA, Antonio José GÓMEZ ESCOBAR, Francisco ESPEJO ARJONA

Introducción: Cualquier ojo sometido a radiación puede desarrollar a corto/largo plazo un daño a nivel de la retina neurosensorial y coroides, dando lugar a un compromiso vascular, edema, hemorragia, falta de perfusión y neovascularización.

Múltiples estudios han tratado de estadificar la Retinopatía por Radiación, el último de ellos incorporando los hallazgos en angiografía por tomografía de coherencia óptica (OCT-A).

Casos clínicos: Presentamos una serie de melanomas coroides tratados con placa de Braquiterapia con la intención de estudiar los distintos grados de Retinopatía por Radiación. Para ello se describen los hallazgos oftalmoscópicos, la información obtenida a partir de la OCT-A y el análisis mediante tomografía de coherencia óptica de dominio espectral.

Conclusión: El abordaje de la Retinopatía por Radiación constituye un reto en nuestros días. Un sistema de clasificación aceptado supondría el punto de partida en cuanto a la planificación del tratamiento y el desarrollo de posibles intervenciones preventivas.

CC28

NUEVA MUTACIÓN EN EL MARCO DE LECTURA DEL GEN RAX2 CON AFECTACIÓN OFTALMOLÓGICA

Glenda ESPINOSA BARBERI, Francisco José GALVÁN GONZÁLEZ, Francisco MEDINA RIVERO

Introducción: El gen RAX2 se encuentra en el cromosoma 19 y está compuesto por 3 exones. Su proteína interactúa con la proteína CRX para activar la transcripción de componentes en las capas nuclear interna y externa de la retina, por lo que mutaciones a este nivel se han asociado con enfermedades como la distrofia de conos y bastones autosómica dominante y la degeneración macular asociada a la edad tipo 6.

Caso clínico: Paciente de 27 años previamente diagnosticada de retinosis pigmentaria, con antecedentes de ptosis palpebral y pruebas miasténiformes negativas, tratamiento con hormona del crecimiento a los 14 años, déficit de vitamina B12 e hipertransaminemia crónica. En la motilidad ocular se aprecia un estrabismo bilateral con gran componente restrictivo de reciente comienzo. Su mejor agudeza visual era de 20/40 en ojo derecho y 20/200 en el izquierdo. En el fondo de ojo se aprecian vasos retinianos filiformes, atrofia macular y espículas óseas en periferia, además de aspecto en sal y pimienta. Las pruebas complementarias muestran un incremento de los niveles de LDH y amilasa. En la tomografía de coherencia óptica se objetiva una atrofia generalizada de capas retinianas, y en la angiografía por tomografía de coherencia óptica un incremento de la zona avascular foveal, así como gran afectación de capa de fotorreceptores. El electroretinograma y electrooculograma presentan respuestas patológicas de manera bilateral.

Conclusión: El estudio genético revela una mutación en heterocigosis en el exón 3 del gen RAX2, de significado incierto debido a que no ha sido previamente descrita en la literatura ni encontrada en la base de datos de genética, por lo que se trata del primer caso descrito en relación a esta anomalía.

CC29

TROMBOSIS VENOSA RETINIANA BILATERAL ASOCIADA A ESCLEROMIXEDEMA

Francisco José GALVÁN GONZÁLEZ, Glenda ESPINOSA BARBERI, Ewelina HERMAN, Miguel Ángel REYES RODRÍGUEZ

Introducción: El escleromixedema es un trastorno multisistémico infrecuente de etiología desconocida que afecta al tejido conectivo, caracterizado por un depósito de paraproteína. Las manifestaciones oftalmológicas son raras, especialmente a nivel intraocular. El objetivo de la siguiente comunicación es presentar un caso clínico de una paciente con escleromixedema y afectación vascular retiniana.

Caso: Mujer de 55 años previamente diagnosticada de esclerodermia que acude a urgencias oftalmológicas por pérdida de agudeza visual bilateral brusca. En la exploración presenta una mejor agudeza visual corregida de 0,3 en ojo derecho y de cuenta de dedos a un metro en ojo izquierdo. En la funduscopia se aprecian exudados blandos, edema papilar y signos de oclusión venosa bilateral. En la tomografía de coherencia óptica macular se visualiza edema en el ojo derecho, así como atrofia en el ojo izquierdo. Posteriormente es ingresada por fracaso renal agudo y deterioro neurológico. Ante la mala evolución del cuadro se reevalúa el diagnóstico de esclerodermia, llegando a la conclusión de que se trata de escleromixedema con afectación sistémica.

Conclusión: Existen pocos casos reportados en la literatura de escleromixedema asociado a edema de papila y vasculitis retiniana. El adecuado diagnóstico de la enfermedad es importante para minimizar la afectación oftalmológica, así como la sistémica.

CC30

NECROSIS RETINIANA AGUDA (NRA): A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Isabel Inmaculada GUEDES GUEDES, Francisco CABRERA LÓPEZ, Luis Javier RODRÍGUEZ MELIÁN, Laura Isabel BERNAL MONTESDEOCA

Introducción: La NRA cursa con panuveítis y periarteritis necrotizante, que pueden desencadenar un desprendimiento de retina. Es un cuadro infrecuente causado por virus de la familia herpes. Los criterios diagnósticos incluyen: uno o más focos de necrosis en retina periférica, progresión rápida sin tratamiento, expansión circunferencial, vasculopatía oclusiva y reacción inflamatoria prominente en cámara anterior y vítreo.

Casos clínicos:

— Mujer de 30 años que acude a Urgencias por dolor en ojo derecho (OD) y visión borrosa de 8 horas de evolución. Hace 9 días presentó una erupción cutánea vesiculosa en tronco. La agudeza visual es de 0.8 en OD y de 1 en ojo izquierdo (OI). En segmento anterior destaca Tyndall ++/+++ en OD. En la funduscopia se evidencia papilitis y signos de vasculitis. La angiografía muestra signos de flebitis en arcada temporal inferior e isquemia retiniana. Ante la sospecha de NRA se decide pautar tratamiento con Aciclovir y Corticoides sistémicos. A las 48h del ingreso se constata desprendimiento de retina. La PCR del humor acuoso y líquido cefalorraquídeo fueron positivos para VHS.

— Mujer de 52 años que acude por presentar molestias y pérdida brusca de visión en OI de 12H. Su agudeza visual es de 2/3 en OD y de cuenta dedos a 10cm en OI. En polo anterior destaca Tyndall +++ en OI. En la funduscopia existen envainamientos vasculares y retina isquémica en región nasal superior. Se instaura tratamiento con antivirales y corticoterapia sistémica. A las 48H la paciente presenta amaurosis en OI. En la serología se obtienen IgG e IgM positivas para CMV. La PCR de humor acuoso no es posible por muestra insuficiente por atalamia.

Conclusiones: El diagnóstico de la NRA es fundamentalmente clínico, aunque se requiere de técnicas complementarias para un diagnóstico de confirmación. El tratamiento precoz es fundamental ya que disminuye el riesgo de complicaciones, como la afectación contralateral.

CC31

LA RETINA DE ORO

David MARTÍNEZ MARTÍNEZ, Carmen HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, Marta RIQUELME CANO, Nuria GARCÍA GALLARDO

Introducción: La ceguera nocturna congénita estacionaria (CNCE) hace referencia a un grupo raro de enfermedades genéticas retinianas. Se caracterizan por una función anormal en bastones, epitelio pigmentario y células bipolares. La herencia y la presentación clínica es variable según el cuadro.

Caso Clínico: Mujer de 31 años que consulta por visión de una mancha en el campo visual inferior. Durante la anamnesis también refiere mala visión nocturna desde la infancia. Como antecedentes personales, destaca una diabetes mellitus tipo 1 de más de 15 años de evolución con buen control metabólico y oftalmológico, sin signos de retinopatía diabética hasta la fecha. A la exploración, el polo anterior es normal y en el fondo de ojo (FO) encontramos un reflejo dorado en toda la retina sin más hallazgos a nivel macular ni papilar. El campo visual es normal, así como el test de colores.

Solicitamos un electrorretinograma (ERG) que muestra la respuesta escotópica de bastones y escotópica mixta anormal mientras que la respuesta fotópica y el flicker son normales de forma bilateral. Los potenciales evocados visuales son normales.

La historia clínica, la alteración en ERG y el aspecto del FO nos hace sospechar el diagnóstico de CNCE. Decidimos valorar de nuevo el FO tras adaptación a la oscuridad durante 4 horas y observamos la desaparición del reflejo dorado (fenómeno de Mizuo-Nakamura). El fenómeno de Mizuo-Nakamura, aun no siendo patognomónico, es muy sugestivo de la CNCE tipo Oguchi. Actualmente, la paciente está pendiente de confirmación genética.

Conclusión: El ERG es de suma importancia en el diagnóstico de CNCE, sobre todo cuando cursa con FO normal (Riggs y Schubert-Bornstein). La enfermedad de Oguchi (EO) y el fundus albipunctatus (FA) son formas de CNCE con FO anormal. En EO encontramos un reflejo dorado con exposición lumínica que desaparece tras adaptación a oscuridad. En FA encontramos un fondo con lesiones punteadas blanco-amarillentas en la retina.

CC32

MACULOPATÍA AGUDA IDIOPÁTICA: UNA PATOLOGÍA EN ADOLESCENTES

Carolina MEDINA MARTÍN, Alfredo FERNÁNDEZ RUIZ, Antonio ADÁN RUIZ, M.^a Eugenia HIDALGO ESPINOSA

Introducción: La Maculopatía Aguda Idiopática es una entidad que afecta con mayor frecuencia a mujeres jóvenes. Aunque se ha descrito su asociación con episodios gripales previos y el uso de anticonceptivos, su etiología continúa siendo de origen incierto. Su manifestación clínica se caracteriza por la presencia de un escotoma central y su fisiopatología por una afectación de las capas externas de fotorreceptores. Actualmente no existe un tratamiento para esta patología, pero tiende a resolverse de manera espontánea.

Caso: Presentamos el caso de una adolescente de 16 años que acudió al servicio de urgencias por escotoma central en ojo derecho de 4 días de evolución. La paciente refería antecedentes de dermatitis atópica y un cuadro migrañoso 6 meses antes. A la exploración biomicroscópica no se objetivó ninguna alteración. A nivel vitro-retiniano se encontró leve vitritis y una retina de aspecto normal. La OCT mostró alteración de capas externas de fotorreceptores. La exploración del ojo izquierdo fue normal. Tras establecer diagnóstico de Maculopatía Aguda Idiopática, la paciente fue tratada con una pauta descendente de corticoides orales, durante la cual se objetivó gran mejoría, tanto clínica como fisiopatológica.

Conclusión: La Maculopatía Aguda Idiopática es una patología, poco frecuente, que debe de tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes jóvenes que presenten clínica macular junto con antecedentes migrañosos de la misma manera que se asocia a anticonceptivos orales y cuadros gripales. Aunque no existe tratamiento establecido, debería valorarse el uso de glucocorticoides orales para favorecer su resolución.

CC33

EPITELIOPATÍA PIGMENTARIA PLACOIDE MULTIFOCAL POSTERIOR AGUDA (EPPMPA) ASOCIADA A VIRUS DE LA GRIPE A

Isabel M.^a MORENO ESCUDERO, Carlos Enrique MONERA LUCAS, Cristian FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, Jaime ESCOLANO SERRANO

Introducción: La EPPMPA es una enfermedad inflamatoria coriorretiniana infrecuente, típica de adultos jóvenes.

Caso clínico: Varón de 24 años, sin antecedentes oftalmológicos de interés, que acude por escotoma central en ojo derecho (OD) desde hace 3 días. Refiere haber presentado un cuadro gripal hace dos semanas. Su agudeza visual (AV) es de 0.7 en OD y 1 en ojo izquierdo (OI).

La exploración de polo anterior es normal. En el examen fundoscópico se observan lesiones placoides blanco-amarillentas con bordes mal definidos que afectan al epitelio pigmentario retiniano (EPR) del polo posterior de ambos ojos (AO). La OCT (Tomografía de Coherencia Óptica) del OD muestra hiperreflectividad de capas externas con desprendimiento seroso macular. En la angiografía fluoresceínica (AGF) se evidencian densos focos de hipofluorescencia en fases iniciales con ausencia de perfusión de la coriocapilar y con hiperfluorescencia difusa de las lesiones en tiempos tardíos. Presenta también papilitis en AO.

Se instauró un tratamiento con prednisona oral.

Se solicitó un amplio estudio serológico, que resultó positivo para virus de la gripe A.

Los signos clínicos de actividad inflamatoria fueron remitiendo paulatinamente. Al cabo de cuatro semanas la enfermedad estaba inactiva. La AV en ese momento era de 1 en AO.

Conclusión: La EPPMPA tiene un carácter autolimitado. En la mayoría de los casos el pronóstico visual es bueno. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica unida a las imágenes características de la AGF. Como complicación grave se ha descrito la afectación del sistema nervioso central en forma de vasculitis, aunque en nuestro caso no estaba presente.

CC34

DESPRENDIMIENTO DE RETINA EXUDATIVO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LINFOMA DE CÉLULAS DEL MANTO

Paulina NEIRA IBÁÑEZ, Rubén ESCUDERO IGUALADA, José Miguel HERVÁS HERNANDIS, Francisca GARCÍA IBOR

Introducción: Entidad reconocida hace tan solo dos décadas atrás, el linfoma de células del manto (LCM) es un linfoma no-Hodking (LNH) de células B de agresividad intermedia, que representa sólo el 7% de los linfomas LNH del adulto, diagnosticados en Europa y Estados Unidos. Su presentación típicamente se produce en varones (75%) en la década de los 60 en un estadio avanzado de la enfermedad, por lo que su detección temprana es importante para mejorar el pronóstico y supervivencia de estos pacientes.

Caso clínico: Paciente varón de 64 años, acude a urgencias por pérdida progresiva de agudeza visual en ojo derecho de dos semanas de evolución, junto con epistaxis y obstrucción ventilatoria nasal bilateral completa. Al examen oftalmológico se constata AV de MM y en el fondo de ojo se aprecia un desprendimiento de retina exudativo en 360 grados. Se complementa examen con ecografía doppler ocular que descarta proceso neoplásico primario y lesión coroidea sólida, corroborándose el desprendimiento de retina exudativo. El TAC orbitario pone de manifiesto la ocupación completa de senos y fosas nasales y el TAC abdomino-pélvico con contraste evidencia afectación ósea lítica múltiple, esplenomegalia y adenopatías difusas.

Se procede a estudio de proceso hematológico versus neoplásico con análisis citológico e inmunohistoquímico de biopsia de médula ósea dando como resultado un LCM.

Se comienza tratamiento con R-CHOP Quimioterapia intratecal (QMT IT). Dos meses después del comienzo de ciclo de quimioterapia se resuelve desprendimiento de retina.

Conclusión: En el LCM la afectación ocular es poco frecuente en el curso de la enfermedad y según nuestros conocimientos es la primera vez que se describe como primera manifestación de ésta. Al ser un proceso secundario, el tratamiento con QMT sistémica basta para la resolución de la patología ocular.

CC35

ESCLERITIS POSTERIOR: PRESENTACIÓN ATÍPICA, EVOLUCIÓN Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON PATOLOGÍA NEUROLÓGICA A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Macarena PASCUAL GONZÁLEZ, Ana M.^a NAVAS SÁNCHEZ, M.^a Pilar ROJAS LOZANO, M.^a Jesús APARICIO HERNÁNDEZ-LASTRAS

Introducción: La escleritis posterior es una patología inflamatoria severa y supone el 2% del total de escleritis. Puede ser idiopática o deberse a condiciones infecciosas o autoinmunes. Afecta con más frecuencia a pacientes de mediana edad y a mujeres.

Casos clínicos: Caso 1: Niña de 9 años acude a urgencias por visión borrosa, escotoma central y dolor en Ojo Derecho (OD) de 1 semana de evolución que cede con AINES. Sin antecedentes. Exploración: AV OD 1/3, discromatopsia, leve DPAR, impresiona DNS, no edema papilar, RM negativa. Tratada con bolos de corticoides ante la sospecha de neuritis óptica por Neuropediatría. Una semana después se diagnostica escleritis posterior en consulta de Retina al objetivarse DNS en OCT macular y engrosamiento de cubiertas en la ecografía. Remite con corticoides y aparece un segundo brote en OD al año que cede con AINES. Nuevo brote 4 meses después, esta vez en Ojo Izquierdo (OI). Perfil inmunológico sin alteraciones, no infecciones. Sin brotes en los últimos 8 meses.

Caso 2: Mujer de 33 años acude a urgencias por cefalea hemicraneal de 1 semana de evolución, además de hiperemia, epífora y metamorfopsias en OD de 24h de evolución que mejora con AINES. Antecedentes: esquizofrenia, abuso de tóxicos y episodio similar 10 años atrás en OI diagnosticado como cefalea en racimos. Exploración OD: AV 2/3, Amsler + y mácula grisáceo-amarillenta con pliegues. Ecografía ocular: engrosamiento de cubiertas con ingurgitación vascular, T-sign. OCT macular: DNS grandes, max 682u. Se inicia corticoterapia oral + AINES desapareciendo el DNS y los síntomas al mes. Serologías infecciosas y autoanticuerpos negativos. En un año no nuevos episodios.

Conclusión: La escleritis posterior es una entidad rara en niños, apenas hay casos descritos en la literatura. Además, las asociaciones sistémicas son infrecuentes en estos pacientes. Destacar la ecografía oftálmica como una de las herramientas más útiles en el diagnóstico diferencial de escleritis posterior.

CC36

CIRUGÍA DE FLAP INVERTIDO Y TRASPLANTE DE MEMBRANA LIMITANTE, EN DESPRENDIMIENTO MACULAR ASOCIADO A FOSETA COLOBOMATOSA Y AGUJERO MACULAR

Ernesto PEREIRA DELGADO, Beatriz MARCUELLO MELENDO

Introducción: La foseta colobomatosa es una alteración infrecuente. Se asocia a desprendimiento seroso macular. Existe controversia en cuanto al tratamiento.

Vitrectomía asociada al taponamiento con gas con o sin fotocoagulación peripapilar y/o pelado de membrana limitante interna (MLI), es la técnica más extendida. También se ha descrito con éxito el uso de concentrado de plaquetas autólogo.

Presentamos técnica de flap invertido y trasplante de MLI para cierre de agujero macular secundario (AM).

Caso clínico: Paciente de 42 años que presenta desprendimiento seroso macular secundario a foseta colobomatosa. Agudeza visual cuenta dedos. Se realiza vitrectomía y cirugía de flap invertido, aposicionando el flap de membrana limitante interna (MLI) sobre nervio óptico, utilizando viscolástico teñido como coadyuvante y taponamiento con gas (S2F6).

Al mes se realiza nueva vitrectomía por hemovítreo. Intraoperatoriamente se observa AM, que es tratado con trasplante de MLI procedente del flap inicial y gas (S2F6) como taponador.

A los 6 meses desaparece el líquido submacular y alcanza agudeza de 0.3.

Conclusión: La técnica de flap invertido es una opción exitosa para el tratamiento inicial del desprendimiento macular secundario a foseta colobomatosa.

CC37

TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA-ANGIOGRAFÍA PARA VALORAR LESIÓN POR ANFETAMINAS

Martín PUZO BAYOD, Carlos ISANTA OTAL, Francisco de Asís BARTOL PUYAL, Pilar CALVO PÉREZ

Introducción: Las anfetaminas son una droga que bloquea la recaptación de dopamina y noradrenalina en las sinapsis químicas, por lo que se consideran drogas excitadoras. Además de las alteraciones psíquicas, estas también pueden ser físicas. Provoca un aumento de catecolaminas que llega a producir infarto de miocardio por mayor demanda de oxígeno, espasmo arterial y mayor agregabilidad plaquetaria.

Caso clínico: Varón de 33 años que acudió a urgencias por pérdida visual y escotoma central en el ojo izquierdo (OI) de cuatro días de evolución. No tenía alergias, ni enfermedades ni tomaba medicación. Sin embargo, la semana anterior había consumido anfetaminas. La agudeza visual era de 1 (escala decimal) en el ojo derecho (OD) y 0,7 en el OI. La tensión ocular con tonómetro Goldman era de 11 mmHg en el OD y 13 en el OI. En el fondo de ojo del OI se advirtió un exudado algodonoso yuxtafoveal y tres hemorragias. En la tomografía de coherencia óptica (OCT) se apreciaba desorganización de las capas internas retinianas en la zona de la lesión funduscópica e inicio de edema intrarretiniano. El campo visual mostró el escotoma paracentral ínfero-temporal. La angio-OCT (OCTA) mostraba la arteria ocluida causando isquemia. La angiografía fluoresceínica (AGF) mostró fuga en fases tardías.

Conclusión: Las drogas además de alteraciones en el estado psíquico, pueden provocar alteraciones físicas. En el caso de anfetaminas, a nivel ocular pueden provocar isquemia arterial en vasos de pequeño calibre que a nivel retiniano tiene las mismas consecuencias que una obstrucción arterial clásica. La angio-OCT permite observar el nivel exacto en el que se ha producido la oclusión arterial y cuantificar el área isquémica, así como el seguimiento. Dado que este tipo de lesiones son de pequeño tamaño, aumenta la importancia de cuantificar de forma fina y precisa su extensión. Así pues, la valoración mediante OCTA además de no invasiva, es más precisa y permite cuantificar en comparación con la AGF.

CC38

ANÁLISIS DE RETINA MEDIA CON TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA MODO EN FACE COMO HERRAMIENTA DE DECISIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON MEMBRANAS EPIRETINIANAS CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVAS

Álvaro RODRÍGUEZ CASTELBLANCO, Amancia MATEOS HERNÁNDEZ, Carlos PLAZA LAGUARDIA, Ana GARROTE LLORDÉN

Introducción: La tomografía de coherencia óptica (OCT) ha surgido en las últimas décadas como herramienta complementaria clave en quehacer oftalmológico. El uso de nuevos softwares agregan funciones adicionales a la simple visualización microscópica estructural. Uno de ellos es el modo En Face, con el que se puede realizar un análisis multicapa de la retina y obtener imágenes segmentadas de cada una como complemento a la valoración clínica. Son pocos los estudios que hablan de su utilidad en las membranas epiretinianas (MER).

Presentamos 3 casos clínicos de pacientes MER clínicamente significativas. En ellos se usó el análisis En Face para la valoración del componente exudativo y traccional. Cuando predominó el exudativo o cuando el traccional fue inexistente, se decidió tratamiento médico, a modo de ensayo terapéutico, con Ozurdex® intravítreo, buscando su valor como alternativa terapéutica ante la eventual cirugía.

Casos clínicos: Los 3 pacientes presentaron agudezas visuales (AV) iniciales menores a 20/70, MER que generaban un grosor macular mayor a 400 μm . El componente exudativo se observó a nivel de retina media mediante la presencia de espacios quísticos y se cuantificó midiendo su diámetro de extensión. El componente traccional se valoró en el segmento de la interfase vítreo-retiniana observando la presencia e intensidad de pliegues. En todos los casos predominó el componente exudativo, por lo que fueron tratados con Ozurdex®, realizando a los 3 meses un nuevo análisis del componente exudativo. En todos mejoró la AV, se redujo el diámetro de extensión de la zona quística y el grosor macular.

Conclusiones: El análisis En Face de la OCT fue útil para distinguir el predominio del componente exudativo y cuantificar su extensión, pudiendo ser considerado como una herramienta más en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con MER.

El tratamiento con Ozurdex® resultó ser efectivo en el control de la exudación, sirviendo como terapia de puente previo a la cirugía.

CC39

PLIEGUES RETINOCOROIDEOS: ESTUDIO DE 30 CASOS

María ROMERO SANZ, Teresa MARTÍNEZ RINCÓN, Nelson Arturo RODRÍGUEZ MARCO, Óscar RUIZ MORENO

Introducción: Los pliegues retinocoroideos (PRC) son surcos o estrías paralelos que afectan a la coroides interna, membrana de Bruch, EPR y algunas veces a la retina neurosensorial. Las causas son múltiples: idiopáticos, enfermedades y tumores orbitarios, procesos inflamatorios etc. Presentamos una serie de PRC en los que éstos no eran producidos por enfermedades retinianas como MER o tumores intraoculares o postquirúrgicos.

Casos: Estudio observacional retrospectivo de 30 casos de PRC de tres hospitales. En los 30 casos la causa no era patología retiniana.

Fueron 17 mujeres y 13 varones, 14 casos fueron bilaterales y 16 unilaterales. Las causas más frecuentes fueron los idiopáticos (9 casos) y los tumores (8 casos). Los casos unilaterales fueron más frecuentes secundarios a tumores orbitarios y procesos inflamatorios y los casos bilaterales fueron más frecuentes en mujeres mayores e hipermétropes siendo la localización más frecuente en temporal superior. Ningún caso se presentó en niños. En la mitad de los casos fue un hallazgo casual (Idiopáticos e Hipermétropes) y en la otra mitad el síntoma más frecuente fue la disminución de visión secundaria a una hipermetropización más que la metamorfopsia.

Conclusión: Aunque los PRC son una patología poco frecuente, en nuestra revisión hemos encontrado que el 47% son idiopáticos o asociados a Hipermetropías altas pero hemos de considerar que el otro 53% se asoció a patologías potencialmente graves como tumores orbitarios, escleritis, Pseudotumor cerebri o hipotonía no secundaria a cirugía. Igualmente hay que tener presente la necesidad de pedir pruebas de imagen como Ecografía, TC o RNM orbitaria sobre todo en aquellos casos unilaterales e hipermetropización ante la sospecha de procesos tumorales. Aquellos casos bilaterales en mujeres, asociados a hipermetropía y que no presenten clínica seguramente no precisan más estudios.

CC40

RESULTADOS ANATOMOFUNCIONALES DE LA TRANSPOSICIÓN DE MEMBRANA LIMITANTE INTERNA EN AGUJERO MACULAR DE GRAN TAMAÑO

Francisco José POZO LORENZO, M.^a Ángeles PEREA RIQUELME, Miriam PASTOR MONTORO, Andrés LÓPEZ JIMÉNEZ

Introducción: El agujero macular (AM) es una apertura anatómica de espesor completo de la retina neurosensorial a nivel de la fovea. El principal mecanismo implicado es la tracción antero-posterior ejercida por el vítreo.

La transposición de membrana limitante interna (MLI) con taponamiento aéreo o con gas es una tendencia actual que permite mejorar los resultados quirúrgicos, especialmente en AM mayores de 400 μm .

Técnica Quirúrgica: Presentamos los resultados anatómicos y visuales de cuatro pacientes con AM estadios III y IV intervenidos mediante transposición de MLI y taponamiento con gas.

1. Mujer de 67 años, miope magna, con mejor agudeza visual corregida (MAVC) de 0,3 y AM estadio III en ojo derecho (OD). A los 6 meses de la intervención, la MAVC era 0,7 y el AM permanecía cerrado.

2. Mujer de 59 años, con MAVC de 0,2 y AM estadio III secundario a membrana epirretiniana (MER) en OD, fue intervenida mediante delaminación de MER y transposición de MLI. A los 6 meses de la intervención, la MAVC era 0,8 y el AM permanecía cerrado.

3. Mujer de 63 años con MAVC de 0,15 y AM estadio IV de origen traumático en OD. A los 6 meses de la intervención, la MAVC era 0,5 y el AM permanecía cerrado.

4. Mujer de 80 años con MAVC de 0,05 y AM estadio IV, intervenido previamente mediante delaminación de MLI, en OD. A los 6 meses de la intervención, la MAVC era 0,3 y el AM permanecía cerrado.

Conclusiones: Los grandes agujeros maculares son desafíos quirúrgicos con un pronóstico anatómico peor que el habitual. La transposición de MLI estimula la proliferación celular y la migración de las células gliales hacia el orificio macroscópico, aumentando las posibilidades de cierre anatómico con mejoría funcional y reduciendo el número de recidivas.

CC41

MANIOBRA DE HIDRODISECCIÓN PARA AGUJEROS MACULARES COMPLICADOS

José Ignacio SÁNCHEZ MARÍN, Izar PÉREZ NAVARRO, Francisco Javier ASCASO PUYUELO

Introducción: El agujero macular (AM) constituye una de las principales causas de pérdida de visión central y metamorfopsias. Gracias a las actuales técnicas quirúrgicas, que incluyen vitrectomía posterior (VPP), pelado de la membrana limitante interna (MLI) e intercambio gaseoso, los pacientes obtienen una gran mejoría de los síntomas y de su calidad de vida. A pesar de ello, en aproximadamente un 5-10% de los casos no se consigue el cierre completo del AM. Estos casos complejos, que incluyen agujeros crónicos, grandes o que no han cerrado tras la VPP inicial, tienen una tasa de cierre muy variable y suponen un reto para el cirujano de vítreo-retina.

Maniobra quirúrgica: Para este tipo de casos, Felfeli y cols. desarrollaron en la maniobra de hidrodissección de los bordes del agujero, obteniendo un aumento considerable del porcentaje de cierres en este tipo de AM complicados. Dicha técnica consiste en la realización de una VPP 23G estándar con levantamiento de la hialoides posterior y pelado de la MLI tras la tinción de ésta (si no se trata de un AM ya intervenido). Usando una cánula de extrusión con punta de silicona, y con el modo reflujo activado, se dirige el flujo a los bordes del AM realizando una hidratación de los mismos para liberar sus adherencias al EPR. Una vez edematizados los bordes, la mayor movilidad de los mismos permite su aproximación cuando realizamos una aspiración pasiva con la misma cánula en el propio AM.

Resultados: Una de las ventajas de la hidratación de los bordes del AM es la simplicidad de la técnica respecto a otras como el flap invertido de MLI o el implante autólogo de MLI. Mediante esta técnica, el grupo de Felfeli consiguió un porcentaje de cierre superior al 80%. En nuestro centro hemos intervenido cuatro casos, logrando el cierre del AM en tres de ellos. En conclusión, esta técnica consigue buenos resultados anatómicos y funcionales en agujeros maculares complicados y puede plantearse como opción inicial en dichos casos.

CC42

RETINOPATÍA BILATERAL ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON MEK INHIBITOR

Hugo TAPIA QUIJADA, Pedro ROCHA CABRERA, Cristina MANTOLÁN SARMIENTO,
Iván RODRÍGUEZ TALAVERA

Introducción: Los inhibidores de la MEK, como el trametinib, binimetinib o el cobimetinib son fármacos relativamente nuevos usados en el tratamiento del melanoma metastásico. Está descrito como efecto secundario tras su uso una retinopatía que puede asemejar a una coriorretinopatía central serosa que a menudo revierte con la reducción de la dosis o la suspensión del fármaco.

Casos clínicos: Se presentan tres casos clínicos de retinopatía MEK asociados al uso de la combinación de cobimetinib y vemurafenib, visualizándose en todos ellos la alteración del epitelio pigmentario de la retina y un desprendimiento neurosensorial. Dos de los pacientes preservaron la visión de la unidad tras la suspensión de los fármacos pero el tercero desarrolló un gran desprendimiento neurosensorial bilateral con una agudeza visual final de 0,6 en el ojo derecho y de 0,1 en el izquierdo.

Conclusiones: La aparición de nuevos fármacos inhibidores MEK, nos obliga a conocer sus efectos secundarios en la retina tal como se describe en los casos clínicos presentados, por lo tanto es necesario que los pacientes que reciben este tratamiento lleven una vigilancia estrecha bajo Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) macular.

CC43

«SORPRESAS» INTRAOPERATORIAS DE LA CATARATA PEDIÁTRICA

Ana Sofia LOPES GONÇALVES, Isabel CONDE PRIETO, Diana SILVEIRA E SILVA, Sara RAMIRES PINTO

Introducción: Las técnicas quirúrgicas de la catarata pediátrica se han mejorado en las últimas décadas, permitiendo mejores resultados visuales con menos complicaciones. La cirugía es un verdadero desafío, pues además de las particularidades inherentes a las cataratas pediátricas en general, la población pediátrica en sí sólo posee características únicas como una mayor dificultad en la observación oftalmológica preoperatoria. Estos aspectos pueden resultar en hallazgos sólo identificados y/o mejor analizados durante la cirugía, constituyendo “sorpresas” que influyen en el abordaje quirúrgico y el pronóstico.

Casos clínicos: Se describen 3 casos de pacientes con diagnóstico de catarata pediátrica (con videos de las maniobras quirúrgicas), con identificación insospechable de otras alteraciones oftalmológicas durante la cirugía y modificación de las técnicas habituales. Caso 1: niño con catarata unilateral sometida a la técnica de facoemulsificación por micro-incisión, con identificación intraoperatoria de la persistencia de vítreo primario, resultando en mayor dificultad en la realización de la capsulotomía posterior. Caso 2: niño con diagnóstico inicial de catarata unilateral, que intraoperatoriamente se ha revelado que se trata de un caso de membrana pupilar sin catarata. Caso 3: niño con catarata bilateral y nistagmo, con una mejor observación intraoperatoria y identificación de contracción de la cápsula anterior, dificultando la realización habitual de la capsulorrexia anterior (realizada con la ayuda del vitrectomo). Los procedimientos quirúrgicos de los 3 casos se realizaron con éxito.

Conclusión: La mayor dificultad en la observación de pacientes en edad pediátrica con catarata puede resultar en el riesgo de algunas alteraciones sólo ser identificadas intraoperatoriamente, implicando una modificación de las técnicas quirúrgicas. La identificación y actuación a tiempo de estas alteraciones posibilitan mejores resultados quirúrgicos.

CC44

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA SUBLUXACIÓN DE CRISTALINO/LENTE INTRAOCULAR

Iulia PANA, Juan Manuel LÓPEZ VILLALTA, Esther CASADO LÓPEZ, José M.^a RUÍZ MORENO

Objetivo: Analizar los resultados del tratamiento quirúrgico de la subluxación de cristalino o de la lente intraocular en pacientes jóvenes combinando vitrectomía por pars plana y la implantación de lente intraocular anclada a iris.

Método: Estudio retrospectivo de serie de casos de pacientes con subluxación de cristalino o de lente intraocular en pacientes menores de 50 años intervenidos entre Septiembre 2016 y Octubre 2017 en nuestro centro. Fueron incluidos 8 ojos de 6 pacientes (4 mujeres y 2 hombres) con edad media de 31 años (entre 17 y 49 años).

Todas las cirugías han sido realizadas por el mismo cirujano con un seguimiento medio de 6 meses (mínimo tres meses), registrándose la mejor agudeza visual corregida (MAVC) pre- y postoperatoria, biometría, refracción, presión intraocular e incidencia de las complicaciones.

Cinco de los pacientes presentaban subluxación de cristalino en el contexto de Síndrome de Marfan, la paciente con subluxación de lente intraocular tenía antecedentes oftalmológicos de cirugía por ectopia lentis y presentaba la mutación del gen de la homocisteína.

El protocolo quirúrgico consistió en vitrectomía por pars plana 23G, lensectomía, incisión corneal de 6mm e implantación de lente prepupilar anclada a iris (ARTISAN Aphakia 5/8.5 * Ophtec BV, Groningen, The Netherlands).

Resultados: No se reportaron complicaciones intra o postoperatorias. La MAVC preoperatoria era 0.3 (LogMar) vs. postoperatoria de 0.05, con una mejoría media de 3.3 líneas (Snellen) y mejoría del astigmatismo postoperatorio en casos con más de 3 dioptrías cilíndricas.

Conclusiones: La vitrectomía vía pars plana con implantación de lente anclada a iris es un tratamiento seguro y efectivo para la ectopia lentis o afaquia. Resulta necesario llevar a cabo estudios con un mayor número de pacientes y un seguimiento más prolongado para confirmar estos resultados.

CC45

DWEK EN LA DISTROFIA ENDOTELIAL DE FUCHS

Nuria PFEIFFER VICÉNS, Esther CORREDERA SALINERO, M.^a Isabel GABARRÓN MATEOS,
Natalia MONJA ALARCÓN

Introducción: Presentamos dos casos con distrofia endotelial de Fuchs con edema corneal focal que fueron tratados mediante una pequeña descematorrexia (DWEK) sin reemplazo endotelial durante la cirugía de catarata presentando buenos resultados postquirúrgicos.

Técnica quirúrgica: En ambos casos se intervino la catarata mediante facoemulsificación e implante de lente intraocular hidrófoba en la cápsula posterior sin incidencias. Tras la implantación de la lente se realizó una pequeña descematorrexia de 3- 4 mm de diámetro aproximadamente limitada al área de edema corneal focal. El flap se creó con una aguja de 30 g y posteriormente con una pinza tipo mc pherson se finalizó el procedimiento.

Conclusión: En ambos casos, tras una primera fase postquirúrgica de edema estromal, se produjo una mejoría considerable del edema corneal y de la agudeza visual. El DWEK supone una técnica quirúrgica alternativa prometedora que podría aplicarse en casos específicos de distrofia endotelial de Fuchs con edema corneal focal. Es una técnica sencilla y accesible a centros que no disponen de medios para la realización de queratoplastias lamelares.

CC46

OPACIDADES NUMULARES CRISTALINIANAS EN LA ADOLESCENCIA; ¿POSIBLE RELACIÓN CON SÍNDROME METABÓLICO HEREDITARIO?

Carlos ROMERO NOGUERA, Rosa M.^a BELLIDO MUÑOZ, Teresa DOMECH SERRANO, José Enrique MUÑOZ DE ESCALONA

Introducción: La catarata, como proceso de deterioro y envejecimiento del cristalino, es común encontrarla en el paciente añoso, pero hay ciertas patologías que pueden acelerar su aparición, haciendo que debuten de forma prematura: eventos traumáticos, tratamientos farmacológicos, y síndromes hereditarios y metabólicos.

Caso clínico: Paciente varón, de 15 años, a quien se detecta una ferritina anormalmente elevada (por encima de 1000 ng/ml). En principio no muestra sintomatología asociada, ni tiene antecedentes familiares significativos respecto a este hallazgo.

Se realiza nueva analítica de control, solicitándose análisis genético para hemocromatosis juvenil (genes HAMP Y HJV), siendo el resultado negativo para mutaciones en los mismos.

Tras esto, se amplía el estudio para mutaciones en otros genes implicados en la aparición de hemocromatosis e hiperferritinemia: HFE, TRF2, SLC40A1, FTH1, Y FTL.

Mediante esta batería, se obtiene resultado positivo para mutación c.-167C>T, del gen FTL, en heterocigosis, una rara alteración con un patrón de herencia autosómico dominante, que induce la formación de cataratas juveniles debido a la hiperferritinemia presente, sin generar sobrecarga férrica en el organismo.

A raíz de este hallazgo, se interconsulta con oftalmología, donde se detectan unas opacidades cristalinianas numulares bilaterales.

Conclusión: Ante un individuo joven, con elevados niveles de ferritina, pero con niveles de hierro e índice de saturación de transferrina normales y cataratas, habría que pensar en una mutación del gen TFL (c.-167C>T) como posible causa, antes que en una hemocromatosis convencional.

Esta patología es conocida como síndrome hereditario de hiperferritinemia y cataratas.

CC47

MANEJO QUIRÚRGICO DE CRECIMIENTO EPITELIAL POST-SMILE

Miguel CONTRERAS DÍAZ, Rafael GIL PIÑA, Federico ALONSO ALISTE, Manuel COBOS FERNÁNDEZ

Introducción: Se presenta el caso de paciente miope intervenida mediante la técnica SMILE en ambos ojos (AO) que desarrolla crecimiento epitelial en la interfase en ojo izquierdo (OI). Debido a la localización de la lesión y la afectación de la agudeza visual se decide manejo quirúrgico.

Caso clínico: Paciente mujer de 34 años acude a nuestro centro para corrección quirúrgica de su defecto refractivo. Presenta una refracción de -10 D en AO. Se indica técnica SMILE en AO, que se realiza sin incidencias. 4 semanas tras la cirugía, se aprecia baja agudeza visual (AV) en OI acompañado de alto astigmatismo (refracción +0.75 -4.5 a 145°). En un principio se pauta tratamiento médico a base de corticoides tópicos y lágrimas artificiales. Ante la no respuesta y la afectación de la AV se decide intervención quirúrgica, 6 meses tras la cirugía primaria.

Maniobra quirúrgica (vídeo): Para acceder a la isla de crecimiento epitelial, se utiliza el procedimiento CIRCLE con láser femtosegundo (Visumax, Zeiss), que reconvierte la interfase del lentículo previamente extraído de SMILE en un flap de femto-LASIK. Tras disecar y levantar el flap, se consigue acceder a la interfase del lentículo. Se realiza raspado de las células epiteliales en lecho estromal y en cara posterior del flap. Tras irrigar con solución salina balanceada, se reposiciona el flap.

Conclusiones: El crecimiento epitelial en SMILE es una complicación de difícil manejo. Las formas leves que no afectan al eje visual y a la AV pueden tratarse mediante observación y control de la progresión. Si la visión se ve afectada o las células epiteliales alcanzan eje visual, debe valorarse el tratamiento quirúrgico, el cual debe ser meticuloso ya que hay un alto índice de recidivas.

CC48

CROSS-LINKING SECTORIAL COMO TRATAMIENTO DE RECURRENCIAS DE QUERATOCONO TRAS QUERATOPLASTIAS PENETRANTES: A PROPÓSITO DE UN CASO

José LAMARCA MATEU, Ariann DYER RICKETTS, Borja SALVADOR CULLÁ, Clara ÁLVAREZ DE TOLEDO BELIL

Introducción: El cross-linking corneal (CXL) es una técnica segura empleada para fortalecer y estabilizar las córneas estructuralmente debilitadas en pacientes con queratocono (QC). Actualmente disponemos de lámparas de luz UV que permiten realizar tratamientos localizados, como es el caso de la PiXL[®], con la intención de fortalecer únicamente la zona de ectasia corneal.

Caso clínico: Presentamos el caso de un hombre de 40 años, usuario de lentes de contacto (LC), con antecedentes de queratoplastia penetrante (QP) aproximadamente 7 años antes por QC en ambos ojos (AO), que acude a la consulta por progresión del QC. A la exploración se observan ambos injertos transparentes, con vascularización periférica superficial en AO. La agudeza visual (AV) es de 0,6 y 0,8 con corrección (cc), de ojo derecho (OD) y OI, respectivamente. En la tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (OCT-SA; CASIA[®]) se observa en OD una K máxima (Kmax) de 56,8D y K mínima (Kmin) de 47,0D y en OI una Kmax de 56,8D y Kmin de 50,1D. Se propone al paciente la posibilidad de una resección en cuña para reducir el astigmatismo, pero el paciente prefiere un tratamiento conservador, por lo que se propone un CXL sectorial en cuadrante temporal-inferior, coincidiendo con la zona de ectasia que muestra la topografía Orbscan[®]. Al año del tratamiento, los injertos se mantienen transparentes, sin signos de progresión evidentes. En el OD, la OCT-SA muestra una Kmax de 55,6D y Kmin de 47,5D, y en OI una Kmax de 57,2D y Kmin de 50,7D, con AV cc de 0,6 y 0,85 en OD y OI, respectivamente.

Conclusión: El tratamiento estándar de la recurrencia del QC con astigmatismo elevado tras una QP es la resección en cuña. Sin embargo, en algunos pacientes con buena AV que toleran bien las LC, se puede intentar frenar la progresión del QC mediante un CXL sectorial. En nuestro caso, el CXL sectorial ha sido eficaz al detener la progresión del QC, objetivado por la estabilidad en los valores queratométricos.

CC49

DOBLE ANILLO INTRAESTROMAL SIN PRECEDENTES

Lucía I. SANTANA GARCÍA, Javier CELIS SÁNCHEZ, Eva AVENDAÑO CANTOS, Diana MESA VARONA

Propósito: Demostrar que el implante de anillos intraestromales es una técnica que modifica las fuerzas tensionales tisulares mediante el aplanamiento tanto del centro como de la periferia corneal, manteniendo así la forma prolata de la misma. Están especialmente indicados en astigmatismos regulares o irregulares, con baja agudeza visual (AV), que no mejoran con corrección óptica ni lentes de contacto; así como en queratoconos evolutivos, avanzados o que no toleran las lentes de contacto, degeneración marginal pelúcida, astigmatismos post-queratoplastia, LASIK, PRK o queratotomía radial, irregularidades postraumáticas e incluso miopías bajas o moderadas.

Método: Presentamos el caso de un paciente de 32 años, diagnosticado de degeneración marginal pelúcida en ambos ojos con anillos intraestromales bilaterales de tipo Ferrara, bien posicionados. Tres años después de la intervención presenta un aumento de las Ks en Pentacam y de su astigmatismo de base, objetivándose una ruptura en el tercio medio del anillo intraestromal del OI. Dada la falta de bibliografía en cuanto a ruptura de anillos corneales con desplazamiento mínimo, que no provocan intrusión ni extrusión, se decide en 2013 no explantar el anillo, sino colocar bajo anestesia tópica un segundo implante de 200 μ m, 160° y 6 mm de diámetro interno, inferior al primer anillo (de 5 mm de diámetro). Sorprendentemente, cinco años después de la cirugía, el paciente mantiene visiones de la unidad en ambos ojos, con un astigmatismo residual leve en OI, mucho menor al previo.

Conclusión: Se implanta un nuevo anillo sobre el preexistente desplazado, con un excelente resultado anatómico y visual, sin precedentes en la bibliografía consultada. Es un hallazgo que debe servir de inspiración para la realización de nuevos estudios en cuanto a la recolocación, reemplazo, o superposición de anillos intraestromales.

CC50

TEJIDO ANGULAR COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN UNA SERIE DE NIÑOS SANOS

José Ignacio FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO, Lucía de PABLO GÓMEZ DE LIAÑO, Bachar KUDSIEH BILOUN, Julián GARCÍA FEIJOO

Introducción: El glaucoma congénito es una de las principales causas de ceguera irreversible infantil. El propósito de este trabajo es describir la presencia de un tejido angular como hallazgo incidental en niños sanos en la tomografía de coherencia óptica de dominio Fourier (FD-OCT).

Casos clínicos: En una serie de casos de 14 ojos de 13 pacientes (3,4% del total de 423 niños sanos que acudieron a un control rutinario de refracción) se observó un tejido angular hiperreflectivo, recubriendo el receso angular. Se excluyeron previamente aquellos niños con cualquier enfermedad ocular o sistémica conocida o detectada en la exploración. La edad media fue $10,1 \pm 2,5$ años (rango 7 a 14), siendo 69% niñas. El rango del defecto refractivo fue -0.5 a +1.75 dioptrías. El tejido angular se observó predominantemente en nasal, y en ningún caso en ambos cuadrantes horizontales (nasal y temporal). La excavación papilar fue normal y no presentaban antecedentes familiares de glaucoma. La abertura angular fue $45,9 \pm 9,1$ (24,8 a 57,9) en el cuadrante nasal, siendo $44,3 \pm 10,1$ (23,9 a 60,1) en el temporal. La longitud de la malla trabecular fue $494 \pm 94 \mu\text{m}$ (322 a 732) siendo el área $0,064 \pm 0,018 \text{ mm}^2$ (0,030 a 0,110).

Conclusiones: En una serie de casos de niños sanos se observó un tejido angular como hallazgo incidental mediante OCT, representando una prevalencia baja. Se deben desarrollar futuros estudios para analizar las posibles implicaciones clínicas de este hallazgo.

CC51

LA SOSPECHA DE GLAUCOMA NORMOTENSIONAL QUE ACABÓ SIENDO UNA AGENESIA BILATERAL DE LAS CARÓTIDAS INTERNAS

Rafael GIMÉNEZ GÓMEZ, Manuel José RAMOS GÓMEZ, Manuel José GARCÍA MARTÍN

Introducción: La agenesia bilateral de las carótidas internas es una anomalía del desarrollo extraordinariamente rara, lo que justifica que no se hayan descrito alteraciones oculares asociadas al proceso. Presentamos un caso remitido para descartar un glaucoma normotensional y que tras un exhaustivo estudio acabó con el diagnóstico de agenesia bilateral de las carótidas internas asociada a hipertensión ocular.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 60 años que refiere baja visión desde la infancia. Entre sus antecedentes destaca hipotiroidismo subclínico, hipogonadismo hipergonadotrófico e hipoacusia bilateral mixta.

La agudeza visual es 0,2 en ambos ojos (AO), que no mejora con corrección, el segmento anterior es normal con las córneas finas (paquimetrías de 489 y 501), presión intraocular (PIO) de 20 mm Hg en AO, máculas normales y papilas con palidez temporal y excavación de 0.3 AO.

La tomografía de coherencia óptica (OCT) de mácula es normal; la OCT de nervio óptico muestra pérdida de fibras en sector temporal y temporal-inferior AO.

El campo visual presenta escotomas paracentrales en AO.

Se solicita estudio radiológico para descartar patología hipofisaria, con la sorpresa de que en la angio-resonancia magnética nuclear (angio-RMN) se aprecia la agenesia bilateral de las carótidas internas. El flujo intra-cerebral se realiza a través del sistema vértebro basilar y sobre todo por una gran arteria vertebral derecha dominante, que da lugar a una basilar también aumentada de calibre; mientras que la arteria vertebral izquierda sale directamente del cayado aórtico.

Conclusión: Se trata de un hallazgo excepcional y del que no hemos encontrado referencias en la bibliografía oftalmológica. La PIO de la paciente junto con los datos de la paquimetría nos han inducido a iniciar tratamiento con latanoprost, lo que ha reducido la PIO a 15 mm Hg AO, cifra que nos parece más segura. En 3 años de seguimiento, no se ha constatado progresión campimétrica ni en la OCT.

CC52

VISCODILATACIÓN DEL CANAL Y TRABECULOTOMÍA 360° CON EL SISTEMA OMNI

Rodrigo MOLINA PALLETE, Jorge VILA ARTEAGA, Ioan Alexandru PLACINTA, Paula MARTÍNEZ LÓPEZ-CORELL

Introducción: Describir la técnica quirúrgica del nuevo dispositivo OMNI 720° en la cual se requiere de una única incisión corneal autosellante para una viscodilatación ab-interno de 360 grados del canal de Schlemm seguida de una trabeculotomía transluminar de 360 grados como nueva opción quirúrgica en pacientes con glaucoma primaria de ángulo abierto.

Métodos: Descripción de los pasos quirúrgicos de la cirugía con el dispositivo OMNI 720° en un paciente de 70 años varón con diagnóstico de glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA) no controlado con terapia medica máxima.

Técnica quirúrgica: Para llevar a cabo el procedimiento quirúrgico se deben seguir 8 pasos prácticos: (1) Preparación del dispositivo OMNI, (2) Incisión corneal y visualización de la estructura angular ayudados de una lente de gonioscopia (3) Introducción del microcateter en el canal de Schlemm (4) Viscodilatación del canal de Schlemm y los canales colectores en los 180° superiores, (5) Viscodilatación en los 180° inferiores, (6) Trabeculectomía de los 180° inferiores (7) Trabeculectomía de los 180° superiores (8) Aspiración de viscoelástico en cámara anterior.

Conclusiones: La cirugía con el dispositivo OMNI 720° permite llevar a cabo dos técnicas combinadas por una única incisión corneal consiguiendo una viscodilatación del canal de Schlemm y trabeculotomía con la finalidad de reducir la presión intraocular en pacientes con GPAA.

CC53

TÉCNICA MODIFICADA DE IMPLANTACIÓN DEL XEN

Clement PASSABOSC, Jesús TELLEZ VÁZQUEZ, Ivanna MARCANTONIO SANTA CRUZ

Introducción: La Cirugía de Glaucoma Mínimamente Invasiva (MIGS), apoyada en el uso de nuevos dispositivos, ofrece una nueva perspectiva en la reducción de la presión intraocular con menos riesgos, tiempos de operación cortos y recuperación rápida.

La colocación ab interno del stent de gel XEN supone una alternativa para la reducción tensional en diferentes situaciones y estadíos de la enfermedad. Entre sus puntos fuertes destaca la mínima disrupción del tejido conjuntival, el flujo restringido para evitar la hipotonía y seguridad a largo plazo.

Su principal punto debil es la alta tasa de needling en el post-operatorios oscilando del 30 al 44% en las publicaciones mas recientes, a pesar de la aplicación de antifibróticos mediante inyección subconjuntival. Otro inconveniente debido a la forma de implantacion es la imposibilidad de ver la relación exacta entre la capsula de tenon y la boca de la porcion subconjuntival del XEN.

En nuestra práctica clínica estos porcentajes se confirman y por eso proponemos modificar la técnica.

Caso clínico: Mediante este video explicamos los cambios que realizamos a la clásica cirugía XEN. El principal cambio consiste en el manejo de la conjuntiva. Primero, creamos un flap conjuntival base fórnix con la aplicación del antifibrótico mediante esponjas empapadas según la técnica habitual. Después, colocamos el implante XEN bajo visualización directa. Una vez comprobado la correcta filtración,proponemos colocar Ologen tanto por debajo como encima del XEN (como un sándwich) para evitar oclusión de la boca por la cápsula de tenon y el posterior fracaso de la filtración.

Conclusión: La modificación de la técnica quirúrgica estándar en implante XEN, mediante la apertura conjuntival y la aplicación de antifibróticos con esponja, puede aportar una mejora tanto de los resultados quirúrgicos como de su predictibilidad.

CC54

EXTRUSIÓN DE VÁLVULA DE AHMED PEDIÁTRICA EN NANOFTALMOS. MANEJO QUIRÚRGICO

Beatriz GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, M.^a Carmen FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, Rosa M.^a JIMÉNEZ
ESCRIBANO, M.^a Pilar BENEYTO MARTÍN, M.^a Pilar ORTEGA CAMPOS, Teresa M.^a PÉREZ
MARTÍNEZ

Introducción: Paciente de 27 años con glaucoma crónico de ángulo cerrado secundario a nanofthalmos y piggyback. Tras fracaso del tratamiento médico se realiza cirugía con esclerotomías profilácticas, válvula de Ahmed pediátrica y vitrectomía pars plana, con buen resultado. En la evolución, desarrolla extrusión valvular.

Técnica quirúrgica: Tras esclerotomías profilácticas para evitar descompresión busca del globo ocular y complicaciones, se implantó válvula de Ahmed pediátrica, a 4 mm de limbo, pese a ello fue necesario recortar 2mm de la parte posterior de la misma. Se manejó la extrusión valvular mediante sutura de parche de tutopatch y membrana amniótica multicapa. Con buen resultado de la cirugía. Posteriormente, la válvula se volvió a extruir y se realizó explante de la misma.

Conclusión: El glaucoma en el nanofthalmos es multifactorial, suele no responder al tratamiento médico y ser necesaria la cirugía. Aun tratándose de una válvula pediátrica y habiéndola recortado, ésta se extruyó. Dado el buen resultado y funcionamiendo de la misma, se intentó preservar mediante reparación con tutopatch y membrana amniótica multicapa, siendo finalmente necesario el explante valvular por posibles graves complicaciones, como la endoftalmitis.

CC55

CAMBIO EN LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE BIRDSHOT

Miguel CORDERO COMA, Lucía I. SANTANA GARCÍA

Introducción: La retinocoroidopatía (RC) de Birdshot es una entidad muy poco frecuente que se presenta predominantemente en mujeres caucásicas por encima de la cuarta década. Aunque parece no estar asociada a enfermedades sistémicas, está altamente vinculada con el haplotipo HLA-A29, con una sensibilidad del 96% y una especificidad del 93%, siendo este hallazgo confirmatorio y no diagnóstico.

Caso clínico: Presentamos los casos de tres pacientes diagnosticados de RC de Birdshot; dos de ellos con HLA-A29 inicialmente negativo y con clínica compatible, positivizándose posteriormente en uno de los casos; y otro paciente con HLA-A29 positivo y lesiones coriorretinianas compatibles, sin presentar signos de inflamación en cámara anterior ni vitritis, criterios a priori obligatorios para su diagnóstico.

Discusión: Actualmente, se dispone de unos criterios diagnósticos basados en una conferencia internacional, entre los que destacan la afectación bilateral, la presencia de al menos 3 lesiones peripapilares e inferonasales a la papila en un ojo, leve inflamación del segmento anterior y leve inflamación del segmento posterior como criterios obligatorios; y la presencia de HLA-A29 positivo, vasculitis retiniana o edema macular quístico, como criterios de sospecha.

Conclusión: Los criterios actuales para el diagnóstico de RC de Birdshot no presentan una sensibilidad del 100%, debiendo plantearnos este diagnóstico a pesar de no reunir todos los requisitos cuando el examen clínico sea altamente sugestivo y no se demuestre etiología alternativa.

CC56

SÍNDROME DE UVEÍTIS-GLAUCOMA-HEMOVÍTREO: UNA FORMA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

Patricia ESCRIBANO LÓPEZ, Guadalupe GARRIDO CECA, M.^a Aurora MURIEL HERRERO, Sofía PORTO CASTRO

Introducción: Revisamos la historia clínica de una paciente diagnosticada de Síndrome de Uveítis-Glaucoma-Hemovítreo en el año 2017.

Caso: Paciente mujer de 59 años, miope magna, intervenida de cirugía refractiva con lente intraocular (LIO) pseudofáquica, que consulta por disminución brusca de agudeza visual en ojo izquierdo, siendo esta de movimiento de manos a 2 metros. En la exploración inicial destaca Tyndall hemático en cámara anterior y hemovítreo. Se diagnostica de posible sangrado iridiano por contacto con lente intraocular, monobloque, situada en sulcus. Se objetiva un aumento de la presión intraocular (PIO), hasta 23 mmHg, por lo que se inicia tratamiento con antihipertensivo tópico. Finalmente, se confirma el diagnóstico de Síndrome de Uveítis-Glaucoma-Hemovítreo por medio de biomicroscopía ultrasónica en la que se observa contacto de LIO con iris y cuerpo ciliar. Se realiza explante de LIO monobloque e implante de LIO de 3 piezas en sulcus, con lo que se consigue un control significativo de la PIO así como una mejoría en la agudeza visual y resolución de Tyndall. El hemovítreo cursa con reabsorción espontánea.

Conclusión: El síndrome Uveítis-Glaucoma-Hipema (UGH) suele cursar con iridociclitis, aumento de PIO e hipema, siendo infrecuente su presentación como hemovítreo, que puede producirse por falta de integridad de la hialoides anterior o por roce con el cuerpo ciliar; además, esta manera de debutar puede conducir a un diagnóstico tardío al pensar en primera instancia en problemas vítreo-retinianos. Por otro lado, se ha descrito el síndrome UGH típicamente con lentes de cámara anterior, siendo menos frecuente su asociación con lentes posicionadas en sulcus o saco capsular. El implante de una LIO de tipo monobloque en sulcus implica un mayor riesgo de complicaciones por sus bordes cuadrados, aumentando el roce mecánico, por ello, convendría reservar su colocación a saco capsular, siendo más adecuadas para la localización en sulcus las lentes de 3 piezas.

CC57

TRÍADA DE HEERFORDT COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA PRIMOINFECCIÓN POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE

Rubén ESCUDERO IGUALADA, Paulina NEIRA IBÁÑEZ, Mar SCHILT CATAFAL, Laura MANFREDA

Introducción: El síndrome de Heerfordt-Waldenström, es una rara variante subaguda de sarcoidosis, caracterizada por aumento de tamaño de las glándulas parótidas, fiebre, uveítis y parálisis facial. La uveítis anterior es una manifestación ocular clásica.

Caso clínico: Paciente mujer de 12 años acude a urgencias por presentar un cuadro de 2 semanas de evolución de malestar general, fiebre e hiperemia conjuntival bilateral, que fue tratada con tobramicina sin mejoría.

Destaca tumefacción facial dolorosa en el área parotídea y una temperatura axilar de 37'2°C.

En la exploración oftalmológica la agudeza visual con su corrección es de 20/30 en ojo derecho y 20/25 en ojo izquierdo, hiperemia ciliar intensa bilateral, precipitados queráticos medianos y Tyn-dall 2+. La PIO es de 20mmHg en ambos ojos y el fondo de ojo es normal.

La radiografía de tórax descarta la presencia de infiltrados o adenopatías hiliares. Los niveles de enzima convertidora de angiotensina (ECA) y calcio son normales.

El único hallazgo serológico de interés es la presencia de IgM frente a *Mycoplasma pneumoniae* (MN), en ausencia de IgG. Se diagnostica infección por MN, por lo que se trata con Azitromicina oral durante 3 días más colirio de Dexametasona y ciclopléjico. La fiebre y parotiditis remitieron en una semana y la uveítis se resolvió tras 3 semanas de tratamiento.

Se produce la seroconversión 2 semanas después.

Conclusión: MN es causa común de neumonías en pacientes jóvenes. La manifestación ocular más frecuente es la conjuntivitis; otras menos habituales son la papilitis y la uveítis anterior.

Existen en la literatura 7 casos descritos de uveítis anterior atribuibles a esta infección y únicamente un caso de parotiditis.

Nuestro caso es el primero en describir una infección por MN con afectación ocular y parotídea en ausencia de manifestaciones en el tracto respiratorio.

CC58

VOGT-KOYANAGI-HARADA, A PROPÓSITO DE 4 CASOS

Jorge Javier GAITÁN VALDIZÁN, Rosalía DEMETRIO PABLO

Introducción: El síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) es una enfermedad inflamatoria crónica con afectación oftalmológica, tegumentaria y de sistema nervioso central. Los criterios diagnósticos clasifican la enfermedad como completo, incompleto y probable. Clínicamente hay 4 fases: pródromos, fase aguda, de convalecencia y fase de recurrencia.

Material y método: Presentamos 4 casos (mujeres, 38 años de edad media) de VKH diagnosticados y seguidos en nuestro hospital entre el 2008 y el 2018. Tres pacientes cumplieron criterios diagnósticos de VKH incompleto con síntomas oculares y pleocitosis linfocitaria en LCR (criterios I, II, III y IV). La 4ª paciente fué diagnosticada de VHK probable. Ninguno de los casos presentó afectación de tegumentos.

Todos nuestros casos se trataron con 3 bolos de metilprednisolona de 500 mg o 1 gramo seguidos de prednisona oral y asociando tratamiento inmunosupresor (TIS) en 3 de ellos (2 con Azatioprina y 1 con Infliximab). El 4º caso se trató con ciclosporina al alta. Hubo una recuperación completa de la agudeza visual (AV) en ambos ojos (AO) en un 75% de casos. Como complicaciones figuran el glaucoma y la fibrosis subretiniana en uno de los casos, siendo la AV en esta paciente de 0,8 en AO. Todos los casos presentaron recaídas en forma de uveitis anterior granulomatosa, con un número medio de recaídas de 0,73/año.

Conclusiones: Un tratamiento precoz y agresivo (corticoterapia en bolos a altas dosis durante 3-5 días seguido de una pauta oral descendente) es clave para el pronóstico visual. La asociación con TIS reduce las recurrencias, siendo de elección la ciclosporina a dosis de 3-5mg/kg/día. Se reservan para casos refractarios los fármacos biológicos como el rituximab o el tocilizumab.

El 50-60% de pacientes conservan una AV > 20/30. Son factores de mal pronóstico la edad, la fase crónica larga, las recidivas frecuentes y el desarrollo de membrana neovascular, estando presentes todos ellos en el último de los casos presentados

CC59

COROIDOPATÍA SERPIGINOSA REFRACTARIA EN TRATAMIENTO CON INFlixIMAB COMO MONOTERAPIA

David Adrián GARZA ENRÍQUEZ, Martín GUERRERO MÁRTIR, Laura Cristina MESONES RUIZ, Irene GARCÍA DEL MORAL

Introducción: La coroidopatía serpiginosa es un desorden inflamatorio, recurrente, que involucra bilateralmente retina y coroides. Este extiende un patrón helicoidal de cicatrices coriorretinianas de manera centrifuga con cada recurrencia, por lo tanto es un cuadro que exige el descarte de la coroiditis similar a serpiginosa por tuberculosis para su tratamiento.

Caso clínico: Varón de 53 años, que acude por presentar disminución de agudeza visual (AV) de 0.5 en ojo derecho (OD) y 0.4 en el ojo izquierdo (OI). En la retina hallamos cuatro lesiones inflamatorias de aspecto gris sucio y múltiples lesiones atróficas en polo posterior de OD y una lesión atrófica peripapilar con foco activo en OI. Hallamos un IGRA+ y se diagnostica como una coriorretinitis serpiginosa multifocal tuberculosa. Se trata 9 meses con terapia antituberculosa (ATT), se retira y al año aparecen nuevas lesiones de aspecto helicoidal en ambos ojos que se acercan al área foveal. Se diagnostica como Coroiditis serpiginosa y se inicia tratamiento con corticoides e inmunosupresores como Ciclosporina y Azatioprina durante un año obteniendo frecuentes reactivaciones aun con triple terapia. Por lo que se adiciona adalimumab y obteniéndose mejoría, pero a costa de dermatitis alérgica. Se cambia el Anti-TNF a infliximab, progresivamente y al no observar reactivaciones se retiran inmunosupresores y se deja infliximab en monoterapia.

Hoy, a casi 5 años de inicio del tratamiento con infliximab, no hemos encontrado reactivaciones, la AV es de 1.0 en ambos ojos y se ha ido espaciando el infliximab de mensual a bimestral.

Conclusión: Infliximab es un anticuerpo monoclonal IgG1 usado en otras patologías refractarias a inmunosupresores. El paciente en cuestión se trató con antifímicos mostrando poca respuesta y al tener reactivaciones con inmunosupresión se recurre a la terapia con infliximab logrando remisión del cuadro pudiendo considerarse en el tratamiento de casos refractarios o como monoterapia.

CC60

PAUTA OPTIMIZADA DE INFLIXIMAB EN COROIDITIS SERPIGINOSA DE 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN

Laura Cristina MESONES RUIZ, David Adrián GARZA ENRÍQUEZ, Carlos ROMERO NOGUERA, José Luis GARCÍA SERRANO

Introducción: La coroiditis serpiginosa es una uveítis bilateral que afecta a coroides, a nivel coriocapilar y epitelio pigmentario. La afectación inicial es alrededor del disco o en polo posterior, apareciendo las lesiones nuevas contiguas a las antiguas, con aspecto gris-blanco o amarillento.

Caso clínico: Varón de 53 años, acude a nuestras consultas en 2008 por visión de manchas transparentes de meses de evolución. Otras patologías de interés: Diabetes mellitus tipo II. La agudeza visual en ambos ojos es de 0.8, sin afectación en polo anterior. En la fundoscopia del ojo derecho se aprecian lesiones focales de aspecto blanquecino al inicio de arcada temporal superior y temporal inferior, y nasal a papila, con áreas cicatriciales temporal a mácula. En el ojo izquierdo se encuentran focos de aspecto inactivo rodeando a papila y polo posterior.

Se trató como coroiditis serpiginosa pseudotuberculosa al encontrar una prueba de Booster positiva. Tras 7 meses inactiva, se comienza tratamiento con diversos inmunodepresores, como corticoides, ciclosporina y azatioprina, con frecuentes reactivaciones. Ante estas se inició tratamiento con infliximab, que se mantiene en los últimos 7 años. Se instauró una pauta optimizada cada 8-12 semanas, manteniéndose inactiva. Se reactivó en dos ocasiones en las que se retiró el tratamiento, al año y a los 5 meses tras suspenderlo.

Hoy, 10 años después, su agudeza visual es 0.63 en ambos ojos con lesiones atróficas que han progresado y ocupan gran parte del polo posterior, con gran atrofia coroidea parcheada, en epitelio pigmentario y en fotorreceptores.

Conclusión: En algunas coroiditis serpiginosas inflamatorias, la pauta optimizada de infliximab puede ser un tratamiento eficaz para evitar la progresión del cuadro.

CC61

NECROSIS RETINIANA AGUDA CON VASCULITIS DE KRYRIELEIS POR VIRUS DE VARICELA ZÓSTER (VZV). A PROPÓSITO DE UN CASO

Natalia MONJA ALARCÓN, Esther CORREDERA SALINERO, Borja MAROTO RODRÍGUEZ, Luna CHENOLL BARBERO

Introducción: La necrosis retiniana aguda (NRA) se caracteriza por uveítis y vitritis intensa junto a una vasculitis oclusiva grave de las arterias retinianas que produce una necrosis periférica progresiva de la retina de rápida evolución en ausencia de tratamiento precoz. La etiología principal son los virus del grupo herpes, siendo el VZV el más frecuente.

Caso clínico: Mujer, 75 años. Consulta por cuadro compatible con uveítis anterior hipertensiva en OD. Tyndall intenso que impide visualizar el polo posterior. Se instaura tratamiento con corticoides tópicos, ciclopléjico e hipotensor ocular. A los dos días se observa leve disminución del tyndall y en el fondo de ojo vitritis intensa, retinitis y foco blanco amarillento en periferia temporal inferior sin vasculitis asociada. Se inicia tratamiento con valaciclovir oral (1gr/8h) y se solicitan pruebas diagnósticas según protocolo de uveítis. La radiografía de tórax revela nódulo pulmonar que con TAC es filiado de adenocarcinoma. Éste hallazgo, la ausencia de vasculitis y la mala respuesta al antivírico oral nos hace sospechar de síndrome de mascarada. Sin embargo otros datos (uveítis hipertensiva, vitritis intensa y manchas blancas de progresión rápida) sugerían diagnóstico de NRA. Finalmente la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en humor acuoso positiva para VZV confirma el diagnóstico de NRA. Se instaura tratamiento con aciclovir intravenoso (IV) y prednisona. Evolución favorable, con mejoría de la agudeza visual (AV), disminución de vitritis y del foco de retinitis. A las dos semanas desarrolla vasculitis de Kyrieleis. En la actualidad la paciente presenta una AV 0.7 y continúa con tratamiento antiviral oral.

Conclusión: La presencia inicial de vasculitis apoya pero no excluye el diagnóstico de NRA, pudiendo presentarse después en forma de Vasculitis de Kyrieleis.

Aunque tanto el valaciclovir oral como el aciclovir IV son tratamiento válidos, en nuestro caso únicamente hubo respuesta al aciclovir IV.

CC62

CÓMO PREVENIR LA OPACIFICACIÓN DE LENTES HIDROFÍLICAS EN QUERATOPLASTIA LAMELAR POSTERIOR

Eva M.^a AVENDAÑO CANTOS, Javier CELIS SÁNCHEZ, Javier GÁLVEZ MARTÍNEZ, Marta PRADAS GONZÁLEZ

Introducción: La utilización de aire o gas en cámara anterior (CA) en pacientes portadores de lente intraocular hidrofílica que son intervenidos queratoplastia lamelar posterior (QLP) aumenta el riesgo de opacificación de la lente a medio-largo plazo.

Presentamos una maniobra quirúrgica para minimizar el tiempo y la superficie de contacto del aire o gas con la óptica de la lente, y así evitar su opacificación.

Técnica quirúrgica: Previo a la cirugía se instila Pilocarpina tópica para inducir miosis. Antes de la inserción del injerto endotelial volvemos a reforzar la miosis irrigando acetilcolina en CA. Una vez desplegado y centrado el injerto, colocamos cuidadosamente una pequeña cantidad de viscoelástico cohesivo cubriendo la óptica de la lente que queda expuesta en el área pupilar y presurizamos finalmente la CA con aire o gas. El paciente se mantiene en decúbito supino aproximadamente una hora. Tras ello se explora con lámpara de hendidura para comprobar la completa adhesión del injerto y se retira parte del gas dejando al paciente con 1/3 de burbuja, de manera que esta no contacte con el área pupilar en sedestación, posición en la que completará el reposo postoperatorio.

Conclusión: Debe evitarse el implante de lentes intraculares hidrofílicas en pacientes con distrofia endotelial, ya que pueden ser candidatos a trasplante endotelial en un futuro y la opacificación de la lente es una complicación que puede arruinar el resultado de una queratoplastia exitosa. La maniobra que describimos es relativamente sencilla y puede ayudar a prevenir esta complicación.

CC63

ESCLEROQUERATOPLASTIA PENETRANTE-LAMINAR COMBINADA (ESCLEROQUERATOPLASTIA EN «SETA») COMO ALTERNATIVA A QUERATOPRÓTESIS EN CASOS PEDIÁTRICOS

Jéssica BOTELLA GARCÍA, Juan Pedro ÁLVAREZ DE TOLEDO ELIZALDE, Alba GÓMEZ
BENLLOCH, Rafael Ignacio BARRAQUER COMPTE

Introducción: La escleroqueratoplastia penetrante-laminar combinada o escleroqueratoplastia «en seta», es una modalidad de queratoplastias penetrantes atípicas. Se caracteriza por la diferencia en el tamaño del injerto a nivel de las capas anterior y posterior de la córnea.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 8 años de edad, natural de Argelia con traumatismo en ojo derecho hace seis meses por explosivos con fines recreativos. El paciente presentó entropión cicatricial con marcada retracción de los párpados, opacificación corneal con extensa vascularización y adelgazamiento central. Se realizó una queratectomía superficial con recubrimiento de membrana amniótica y a los dos meses de la intervención se colocó adhesivo tisular en la zona central de la córnea por el gran adelgazamiento y prueba de Seidel positivo y se realizó una tarsorrafia temporal. A los diez meses el paciente presentó una gran opacidad corneal con intensa vascularización corneal e invasión conjuntival con pseudopterigión en canto externo e interno y agudeza visual de movimiento de mano. Se realiza cirugía de liberación de simbléfaron en fondo de saco con liberación de músculos rectos, queratectomía superficial y plastia de mucosa bucal inferior con recubrimiento de membrana amniótica. Posteriormente se realizó una escleroqueratoplastia penetrante-laminar combinada.

Conclusión: La combinación de un injerto laminar con una sección penetrante central en un injerto único ha sido denominado “injerto en seta”. Esta operación está indicada en presencia de una extensa queratitis vascularizada, leucoma superficial extenso en periferia y profundo en el centro de la córnea, perforaciones corneales centrales o en algunos casos de distrofia de Fuchs avanzada. Se considera una alternativa adecuada quirúrgica a queratoprótesis en casos pediátricos con gran afectación de la superficie ocular.

CC64

ENDOTELITIS CORNEAL Y CITOMEGALOVIRUS

Nuria MANRIQUE DONAIRE, Ezequiel SIEDI GAETANI, Xavier NÚÑEZ PÉREZ

Introducción: La endotelitis corneal puede ser causada por infecciones como virus herpes simple, citomegalovirus, virus varicela zoster e infección por paperas; o por otros mecanismos como por ejemplo el rechazo tras queratoplastia penetrante

La retinitis por CMV es la causa más frecuente de infección oportunista en pacientes con SIDA. Pero el CMV también puede ocasionar patología en personas inmunocompetentes, siendo en este caso el segmento anterior el afectado, ya sea como uveítis anterior o como endotelitis.

Caso clínico: Varón de 82 años con antecedentes de glaucoma bilateral y uveítis hipertensiva recurrente en ojo derecho que consulta por visión borrosa (agudeza visual 0.4). A la exploración destaca edema corneal, Pks, débil reacción en cámara anterior e hipertensión ocular. Se orienta el caso como endotelitis herpética y se inicia tratamiento con predforte, zovirax e hipotensores. En el control hay persistencia del edema corneal y de la hipertensión. Además se observan Pks en forma de moneda y lineales. Dada la mala evolución se decide solicitar PCR de humor acuoso obteniendo resultado positivo para CMV y negativo para HSV y HVZ. De acuerdo con el resultado se inicia tratamiento con Valganciclovir oral 900 mg cada 12 horas durante 6 semanas, disminuyendo a cada 24 horas durante 6 semanas más. El paciente evoluciona de manera satisfactoria con aumento de la agudeza visual a 0.8, mejora del conteo endotelial y resolución completa del edema corneal.

Conclusiones: CMV puede ser causa de endotelitis. Hay que sospecharlo en casos que no responden al tratamiento herpético tradicional. Para su diagnóstico es necesario la confirmación del virus por PCR de humor acuoso, aunque Pks numulares o lineales son muy característicos. Es esencial el diagnóstico precoz para evitar la pérdida celular endotelial, e instaurar tratamiento con Valganciclovir que puede llevar a la resolución completa del cuadro.

CC65

ARGIROSIS CORNEAL. 3 CASOS CLÍNICOS DE EXPOSICIÓN LABORAL A COMPUESTOS DE PLATA

Andrea GONZÁLEZ VENTOSA, Jorge PERAZA NIEVES, Anna CAMOS CARRERAS, Noelia SABATER CRUZ

Introducción: La exposición de larga duración a la plata y/o sus compuestos puede causar argirosis sistémica. La absorción por contacto ocular directo produce depósitos en distintas estructuras oculares, dado una coloración grisácea-azulada.

Por otro lado, la absorción sistémica produce un depósito a nivel corneal, con más frecuencia en la membrana de Descemet.

La argirosis ocupacional o industrial se ha encontrado en herreros, fotógrafos, químicos y plateiros. Estos últimos absorben polvo de plata por los pulmones y el tracto gastrointestinal, por lo que se ha descrito una relación directa entre los depósitos corneales y tiempo de exposición. Existen publicaciones en donde se asocia nictalopía con argirosis aunque no se ha reportado que exista disminución de la agudeza visual.

Casos clínicos: Se presentan 3 casos clínicos diagnosticados de argirosis corneal de forma casual que consultaron en urgencias por otros motivos (conjuntivitis, hiposfagma). Dos pacientes eran orfebres y el tercer paciente era joyero de edades comprendidas entre los 70 y 78 años, los tres con exposición de larga evolución al polvo de plata. Los pacientes presentan agudezas visuales entre 0,5 y 1. En la exploración del segmento anterior, se observaron depósitos corneales profundos y difusos por toda la superficie. Se realizó tomografía de coherencia óptica de segmento anterior así como microscopía confocal. Los tres pacientes presentaron depósitos en la descemet, pero sólo el tercero presentó depósitos mixtos estromales.

Se realizó electrorretinograma para descartar toxicidad retiniana que fue normal.

Conclusión: La argirosis sistémica se produce en personas con exposición ocupacional a la plata y/o sus compuestos. Una de las manifestaciones es la argirosis corneal, donde el depósito se produce más frecuentemente en la membrana de Descemet. La argirosis corneal, por lo general, no ocasiona pérdida visual, siendo frecuentemente un hallazgo casual.

CC66

QUERATITIS ULCERATIVA PERIFÉRICA ASOCIADA A MÚLTIPLES POSIBLES ETIOLOGÍAS DE ORIGEN INFECCIOSO

Antonio HERNÁNDEZ PONS, Amparo ORTIZ SELLER, María A. FERRÁNDEZ PÉREZ, Samuel GONZÁLEZ-OCAMPO DORTA

Introducción: La queratitis ulcerativa periférica (PUK) es un proceso potencialmente grave que se caracteriza por un adelgazamiento sectorial progresivo a nivel del limbo corneal. Generalmente se asocia a artritis reumatoide, aunque múltiples entidades pueden implicarse en su etiopatogenia. Reportamos un caso en que la superposición de varias patologías dificultó en gran medida el diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Varón senegalés de 40 años con dolor y fotofobia en ojo izquierdo tras traumatismo vegetal de 3 meses de evolución. En la exploración se objetiva un adelgazamiento corneal perilimbar temporal con neovascularización y sin defecto epitelial, que se trata empíricamente con antibióticos tópicos, sin obtener mejoría. El raspado corneal es positivo para virus varicela-zóster (VVZ) y se inicia tratamiento con antivírico tópico y oral, pero tampoco responde. El estudio de autoinmunidad es negativo y la serología confirma el diagnóstico de sífilis no tratada, por lo que se pauta penicilina G benzatina intramuscular. Tras la segunda inyección presenta paresia de miembros inferiores con afectación de esfínteres por mielitis a nivel de L5 por probable neurosífilis o VVZ. Sin embargo, a las 2 semanas de finalizar el tratamiento sistémico el dolor ocular empeora, la úlcera avanza circunferencialmente y el riesgo de perforación aumenta. Se completa el estudio sistémico que confirma infección tuberculosa y se inicia cuádruple terapia. Finalmente se pauta corticoterapia tópica y vía oral, combinada con resección conjuntival adyacente a la zona de avance. De este modo, se consigue detener el avance de la ulceración y actualmente se encuentra estable con ciclosporina tópica.

Conclusión: La PUK asociada a etiología infecciosa es rara, pero en los casos en los que se confirme debemos iniciar el tratamiento antimicrobiano específico. No obstante, al tratarse de un fenómeno inmunomediado puede ser necesario el uso de inmunomoduladores que controlen el proceso inflamatorio.

CC67

QUERATITIS POR NOCARDIA FARIGINICA: PRIMER CASO CONOCIDO EN ESPAÑA

Juan IGLESIAS MARTÍN, Sonia PÉREZ PADILLA, Sara MALDONADO GALLEGU, Marina JIMÉNEZ ALCÁNTARA

Introducción: La queratitis por *Nocardia fariginica* es una infección rara, con solo nueve casos previamente publicados en la literatura. La inoculación local traumática por material vegetal o el abuso de lentes de contacto pueden provocar una queratitis severa, especialmente si el microorganismo no es reconocido. Presentamos el primer caso de una queratitis por *Nocardia fariginica* en España en una paciente inmunocompetente y sin factores de exposición conocidos.

Caso clínico: Mujer de 63 años de edad que presentó una queratitis en el ojo izquierdo tras ser diagnosticada de conjuntivitis de quince días de evolución. No hubo antecedente de trauma, cuerpo extraño o porte de lentes de contacto. La paciente realizó tratamiento empírico con Moxifloxacino tópico tras tomar muestras por raspado corneal. En el cultivo creció una cepa de *Nocardia fariginica* y dicha identificación quedó también patente en la espectrometría de masa MALDI-TOF (matrix-assisted laser desorption/ionization time-of-flight mass spectrometry) con un score de 2,49. El antibiograma fue sensible a quinolonas y resistente a aminoglucósidos (amikacina y gentamicina). La paciente tuvo una respuesta favorable al tratamiento y la lesión corneal remitió sin provocar compromiso visual.

Conclusiones: Nos encontramos ante una infección ocular poco habitual, causada por un microorganismo considerado típicamente saprófita del suelo, y que frecuentemente causa infección sistémica en inmunodeprimidos. Es importante aislar el microorganismo y realizar antibiograma específico para *Nocardia fariginica*, ya que la sensibilidad a los fármacos habitualmente empleados puede mostrar una importante variabilidad. De ello dependerá la correcta evolución clínica en nuestros pacientes.

CC68

ECCEMA HERPÉTICUM CON AFECTACIÓN OCULAR EN NIÑOS ATÓPICOS

Martim AZEVEDO GONZÁLEZ-OLIVA, Leyre LLOREDA MARTÍN, Mercedes LEAL GONZÁLEZ, María MATILLA RODERO

Introducción: el eccema herpéticum es una patología poco frecuente (menos del 3% de pacientes con dermatitis atópica) que se produce por una reacción inmune, mediada tanto por células T como por inmunidad humoral, en pacientes atópicos, como respuesta a la infección por VHS. Esta afectación cutánea por VHS, no suele respetar dermatomas o territorios de inervación, incluso en ocasiones es bilateral. Cuando afecta a la región ocular y pericocular puede asociar queratitis, conjuntivitis y blefaritis herpéticas.

Casos clínicos: presentamos dos casos clínicos de un varón de 4 años y una mujer de 14 años ambos con antecedentes de atopia que presentan cuadro de eccema herpéticum palpebral y periocular, asociado a blefaritis y queratitis herpética. Ambos pacientes responden adecuadamente al tratamiento pautado (Valaciclovir o Aciclovir oral a dosis terapéuticas y corticoterapia oral y/o tópica).

Conclusión: la afectación cutánea palpebral y periocular por VHS asociada a blefaritis y queratitis herpética es un cuadro poco frecuente que requiere tratamiento antiviral a dosis terapéuticas. Es importante pensar en ello para poder realizar un diagnóstico lo más precoz posible de forma a poder implementar el tratamiento actualizado lo antes posible.

CC69

TRASPLANTE DE BOWMAN ASISTIDO POR LÁSER DE FEMTOSEGUNDO

Gonzalo GARCÍA DE OTEYZA DELBÈS, Everardo HERNÁNDEZ QUINTELA

Introducción: El queratocono es una enfermedad bilateral, asimétrica y progresiva de la córnea que produce un adelgazamiento e incurvamiento de la misma induciendo un astigmatismo irregular y en consecuencia una disminución de la agudeza visual. Actualmente dentro de la escala terapéutica del queratocono podemos encontrar opciones ópticas como gafas o lentes de contacto rígidas y de apoyo escleral en casos estables. En estadíos leves a moderados con progresión tanto topográfica como refractiva, el cross linking, en todas sus variantes, ha demostrado ser útil para detener la progresión de la ectasia. En casos de mala agudeza visual sin corrección y mala tolerancia al lente de contacto se pueden implantar segmentos de anillos intracorneales. En los casos más avanzados, la única alternativa es el trasplante de córnea de espesor completo o laminar (DALK).

Técnica quirúrgica: Recientemente, una nueva técnica para el tratamiento de casos avanzados con mala tolerancia al lente de contacto en pacientes jóvenes se ha descrito. El trasplante de la capa de Bowman en el interior del estroma de una córnea ectásica ha demostrado, reducir las queratometrías, aumentar la paquimetría, detener el avance del queratocono y mejorar la tolerancia al lente de contacto y por lo tanto la visión. La técnica original describe la realización de un bolsillo intraestromal mediante técnica de disección manual.

Conclusión: Presentamos, por primera vez, la realización del trasplante de Bowman con la ayuda de un láser de femtosegundo para tallar el bolsillo estromal de una manera más precisa y segura.

CC70

QUERATOPRÓTESIS DE BOSTON TIPO II EN QUERATOPRÓTESIS DE TIBIA FALLIDA

Alba GÓMEZ-BENLLOCH MARTÍNEZ, Borja SALVADOR CULLA, Laura FERNÁNDEZ DEL COTERO

Introducción: La queratoprótesis de Boston (B-Kpro) tipo II es una versión modificada de la tipo I que se implanta a través del párpado cuando existe una superficie ocular muy desestructurada. Presentamos un caso de quemadura química bilateral donde se implanta una B-Kpro tipo II tras varios fallos de osteodonto-queratoprótesis y queratoprótesis tibial por extrusión de la pieza.

Técnica quirúrgica: Primero se ensambla la B-Kpro tipo II. La córnea donante de 8,5 mm se trepana en el centro 3 mm y se monta entre el vástago y el plato posterior de titanio. Posteriormente, se profundiza el fórnix superior e inferior liberando el simbléfaron con tijera de Wescot y pinza de colibrí hasta lograr colocar el blefarostato. Se realiza una trepanación de 8mm en la queratoplastia tectónica intentando centrarla con el eje visual. Al trepanar, encontramos coroides pegada a la córnea y mucha sangre en cavidad vítrea, aunque no se aprecia desprendimiento de retina. Se coloca la B-Kpro tipo II con varios puntos de nylon 9-0 con buena hermeticidad. Se coloca tutopatch alrededor del vástago recubriendo el injerto corneal. Se realiza tarsorrafia temporal, reavivando previamente los bordes de la lamela posterior y suturando con un vicryl de 6-0, dejando la parte central sin suturar para que pueda sobresalir la óptica de la B-Kpro. No se recorta la línea de los folículos para poder reabrir en un segundo tiempo y realizar cirugía de vítreo-retina. Finalmente, se administra inyección subconjuntival de celestone y gentamicina en fórnix inferonasal.

Conclusión: El implante de una B-Kpro tipo II representa una opción terapéutica eficaz para pacientes con formas graves de enfermedad de la superficie ocular con buen resultado anatómico.